

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Keluarga merupakan suatu organisasi terkecil kehidupan dalam interaksi sosial. Peran keluarga dalam pembentukan karakter setiap anggota keluarganya sangat besar. Oleh karena itu, setiap masing-masing individu baik wanita ataupun pria selalu memiliki pandangan atau syarat-syarat tertentu dalam memilih dan mengambil keputusan untuk berkeluarga. Untuk mencapai keluarga yang bahagia dan sejahtera harus bisa mengatur kelahiran anak agar memenuhi kebutuhan hidupnya, sehingga mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera dalam hidupnya.

Visi program Keluarga Berencana (KB) nasional adalah mewujudkan Norma Keluarga kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS). Seiring dengan berkembangnya paradigma baru, visi tersebut mengalami perubahan. Adapun visi terbaru program KB nasional saat ini adalah mewujudkan keluarga berkualitas tahun 2015-2019. Berdasarkan visi dan misi tersebut, maka misi dari program ini lebih menekankan pada pentingnya upaya menghormati hak-hak reproduksi sebagai upaya integral dalam meningkatkan kualitas keluarga. BKKBN turut serta berkontribusi terhadap pencapaian visi dan misi pembangunan 2015-2019 melalui penetapan tujuan strategis, yaitu: Mencapai Penduduk Tumbuh Seimbang melalui upaya penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) dan perwujudan Keluarga Berkualitas (1).

Menurut WHO (*World Health Organization*) keluarga berencana merupakan tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan mendapatkan kelahiran yang diinginkan mengatur interval di antara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Tujuan umum KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (2).

AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) adalah salah satu alat kontrasepsi jangka panjang yang sangat efektif untuk menjarangkan kelahiran anak. Rendahnya pendidikan, kurangnya pengetahuan dan kurangnya dukungan dari keluarga mengakibatkan banyaknya perempuan mengalami kesulitan dalam menentukan jenis kontrasepsi dan sering menyebabkan wanita menjadi beralih ke metode lain bahkan mengakibatkan wanita berhenti menggunakan alat kontrasepsi hingga sering terjadi kehamilan yang tidak diinginkan.

Semakin menurunnya peserta AKDR, dan meningkatnya pengguna pil dan Suntik serta animo yang tinggi terhadap implant merupakan salah satu bukti kesertaan masyarakat dalam ber-KB belum mempertimbangkan rasional, efektifitas dan efisiensi.

Salah satu alat kontrasepsi yang rasional adalah AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim). AKDR merupakan alat kontrasepsi yang mempunyai reversibilitas dan efektifitas yang tinggi yaitu 0,6–0,8/100 akseptor KB AKDR dalam satu tahun pertama pemakaian dibandingkan dengan alat kontrasepsi suntikan yang

saat ini merupakan alat kontrasepsi paling diminati oleh para akseptor keluarga berencana (3).

Saat ini penduduk Indonesia berjumlah kurang lebih 228 juta jiwa. Dengan pertumbuhan penduduk 1,64% dan total fertility rate (TFR) 2,6 dari segi kuantitas jumlah penduduk Indonesia cukup besar tetapi dari sisi kualitas melalui Indeks Pembangunan Manusia (IPM) kondisi Indonesia sangatlah memprihatinkan karena dari 117 negara, Indonesia di posisi 108. Tingginya laju pertumbuhan yang tidak diiringi peningkatan kualitas penduduk ini terus dilakukan upaya penanganan yaitu dengan program keluarga berencana (4).

Indonesia mengalami masalah dengan jumlah dan kualitas sumber manusia dengan kelahiran 5.000.000 pertahun. Untuk dapat mengangkat derajat kehidupan bangsa telah dilaksanakan secara bersamaan pembangunan ekonomi dan keluarga berencana yang merupakan sisi masing-masing mata uang. Bila gerakan keluarga berencana tidak dilakukan bersamaan dengan pembangunan ekonomi, dikhawatirkan hasil pembangunan tidak akan berarti (5).

Salah satu hal yang mendasari rendahnya penggunaan AKDR adalah adanya keinginan ibu untuk hamil pada waktu yang dekat dimana usia ibu 20-35 tahun dan memiliki 1 orang anak (Sulastri dan Nirmasari, 2013). Ibu yang berumur 20-35 tahun cenderung memilih untuk tidak menggunakan IUD sedangkan ibu yang berumur > 35 tahun akan cenderung memilih untuk menggunakan IUD karena tidak ingin hamil lagi. Hal tersebut sesuai dengan teori *Lawrence Green* dalam Notoatmodjo (2010) bahwa perilaku ibu dalam menggunakan alat kontrasepsi dipengaruhi oleh faktor predisposisi yakni umur, status perkawinan, pekerjaan. Selain itu, faktor pemungkin

diantaranya sumber daya keluarga, masyarakat dan faktor pendorong yakni faktor partisipasi dan dukungan suami (6).

Dukungan suami sangat dibutuhkan bagi wanita usia subur terutama tentang alat kontrasepsi AKDR. Dukungan dan pemahaman yang baik tentang kontrasepsi AKDR bagi pasangan usia subur sangat dibutuhkan sehingga PUS memiliki alternatif memakai alat kontrasepsi. Kontrasepsi tidak dapat dipakai istri tanpa adanya kerjasama suami dan saling percaya (7).

Menurut data dan informasi kesehatan Indonesia bahwa tahun 2016, jumlah akseptor KB aktif sebanyak 36.306.662 peserta (74,80%). Dengan rincian pengguna akseptor KB Suntik 17.414.144 peserta (47,96%), Pil 8.280.823 peserta (22,81%), implant 4.067.699 peserta (11,20%). Intra uterine device (IUD) 3.852.561 peserta (10,61%), MOW 1.285.991 peserta (3,54%), MOP 233.935 (0,64%), Kondom 1.171.509 peserta (3,23%). Pengguna AKDR berada di urutan ke-4 dari pengguna KB Suntik, Pil dan implant.

Provinsi Sumatera Utara sendiri pada tahun 2017, dari jumlah Pasangan Usia Subur 2.284.821 jiwa bahwa jumlah akseptor KB aktif 1.636.590 peserta (71,63). Dengan perinci sebagai yaitu KB suntik 502.528 peserta (30,71%), Pil 476.069 peserta (29,09%), implant 231.586 peserta (14,15%), IUD 165,489 peserta (10,11%), Kondom 131.663 peserta (8,04%), MOW 113,746 peserta (6,95%), dan MOP 115.509 peserta (0,95%) (8).

Menurut data BKKBN langkat pada tahun 2017, dari jumlah peserta KB aktif sebanyak 201,382 peserta, dengan rincian yaitu pengguna AKDR 11,367 peserta (5,6%), Implant 13,855 peserta (6,88%), MOP 525 peserta (0,26%),

MOW 8,295 peserta (4,12%), Suntik 42,317 peserta (21,1%), Pil 50,374 peserta (25,1%) dan Kondom 10,055 peserta (4,9%).

Pencapaian peserta KB tahun 2016 per Kecamatan Babalan dari jumlah PUS 9.353 dan peserta KB aktif mencapai 5.992 (65,08%), pemakaian alat kontrasepsi pil dan suntikan masih sangat dominan diantara metode lain. Pencapaian KB aktif sampai april 2017 dari PUS lapangan sebanyak 9.353, yang menggunakan IUD sebanyak 575 (6,1%), MOP 12 (0,12%), MOW 463 (4,95%), implant 576 (6,15%), Suntik 1.995 (21,33%), Pil 2.132 (22,79%), dan kondom sebanyak 334 (3,57%).

AKDR mempunyai banyak keuntungan antara lain efektifitasnya tinggi (angka kegagalan rendah yaitu terjadi 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama pemakaian), dapat efektif segera setelah pemasangan, dapat dipakai jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti) ibu tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual dan tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI. Keuntungan lainnya AKDR merupakan alat kontrasepsi yang aman karena kandungannya yang tanpa hormone (non-hormonal), jadi tidak ada efek sistemik di dalam tubuh (3).

Hasil survei pendahuluan berdasarkan yang dilakukan peneliti di Puskesmas Berandan diketahui jumlah akseptor KB AKDR pada bulan Juli 2017 masih rendah dibandingkan dengan akseptor yang menggunakan KB Hormonal yang lain ( pil dan suntik ). Di Puskesmas Berandan jumlah PUS 229 orang. Yang memakai KB AKDR sebanyak 2 orang, adapun yang memakai alat kontrasepsi

suntik sebanyak 81 orang, PII sebanyak 119 orang, Implant sebanyak 5 orang, Kondom sebanyak 22 orang.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti kepada responden di Puskesmas Berandan Kecamatan Babalan pada bulan Juli 2018 dengan melakukan wawancara menurut pengetahuan ibu tentang KB AKDR, bahwa dari 10 PUS, 2 diantaranya menggunakan KB AKDR dan mengatakan AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang di dalam Rahim dan memiliki jangka pemakaian yang lama. Dan 8 PUS lainnya mengatakan takut menggunakan AKDR serta tidak mendapatkan dukungan dari suami seperti dukungan finansial dan karena takut mengganggu kebutuhan biologis, namun mereka menggunakan kontrasepsi Pil dan suntik. Sedangkankan hasil wawancara yang dilakukan dengan bidan di Puskesmas Berandan didapatkan informasi bahwa pemakaian KB AKDR masih pada posisi minim, itu dikarenakan ibu mengatakan merasa malu dan takut pada pemasangan KB AKRD.

Berdasarkan permasalahan dan data diatas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Suami Terhadap Pemilihan Metode AKDR di Puskesmas Berandan Kecamatan Babalan Tahun 2018.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Apakah ada hubungan pengetahuan dan dukungan suami terhadap pemilihan metode AKDR di Puskesmas Berandan Kecamatan Babalan Tahun 2018”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui distribusi pengetahuan ibu tentang metode AKDR di Puskesmas Berandan Kecamatan Babalan tahun 2018.
2. Untuk mengetahui distribusi dukungan suami terhadap metode AKDR di Puskesmas Berandan Kecamatan Babalan tahun 2018.
3. Untuk mengetahui pemilihan metode AKDR di Puskesmas Berandan Kecamatan Babalan tahun 2018.

### **1.4 Manfaat Peneliti**

#### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

- 1) Dapat mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya yang berhubungan dengan keluarga berencana khususnya AKDR.
- 2) Dapat mengembangkan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan pemilihan metode AKDR ditinjau berdasarkan pengetahuan ibu dan dukungan suami.
- 3) Dapat menjadi bahan bacaan dan kepustakaan serta referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan AKDR.

#### **1.4.2. Manfaat Praktis**

- 1) Bagi Responden

Untuk menambah pengetahuan dan informasi ibu tentang metode KB khususnya AKDR

2) Tempat penelitian

Sebagai bahan informasi bagi Puskesmas Berandan dalam meningkatkan cakupan akseptor KB AKDR.

3) Institusi Kesehatan Helvetia Medan

Sebagai bahan bacaan dan referensi bagi mahasiswa di perpustakaan Institut Kesehatan Helvetian Medan.

4) Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan informasi dalam melakukan penelitian selanjutnya tentang Metode AKDR.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu**

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ari Antini (2015) “Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Budaya Akseptor KB Terhadap Pemilihan Metode AKDR di Puskesmas Anggita Kabupaten Karawang Tahun 2015” Metode penelitian *deskriptif analitik*. Hasil analisis bivariante dari 3 variabel independent yang di teliti terdapat 2 variabel yang mempunyai hubungan bermakna yaitu variable pengetahuan, yang berpengetahuan kurang sebanyak 24 responden (36,9%) yang memilih metode AKDR sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 6 responden (9,2%) yang memilih metode AKDR. dengan nilai (*p-value*  $0,000 < 0,05$ ), sikap dengan nilai (*p-value*  $0,000 < 0,05$ ) dan terdapat 1 variabel yang tidak memiliki hubungan bermakna yaitu budaya dengan nilai (*p-value*  $0,633 > 0,05$ ) (1).

Penelitian Ika (2016) tentang Hubungan Pengetahuan Tentang Kontrasepsi Dan Dukungan Suami Dengan Pemilihan Kontrasepsi IUD BPS Elis Djoko Surakarta, jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan tentang kontrasepsi mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemilihan kontrasepsi IUD ( $p=0,007$ ). Dukungan suami mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemilihan kontrasepsi IUD ( $p=0,007$ ) (2).

Penelitian ini juga dilakukan oleh Ismi Cipta Andini (2017), tentang “Hubungan Dukungan Suami Dengan Pemilihan Kontrasepsi IUD Di Puskesmas Tempel I Sleman Yogyakarta 2017” metode penelitian menggunakan survey analitik, hasil analisis menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan suami dengan pemilihan kontrasepsi IUD di Puskesmas Tempel I Yogyakarta dengan nilai signifikan yaitu Sehingga  $p\text{-value } 0,000 < 0,05$  (3).

## **2.2. Telaah Teori**

### **2.2.1. Defenisi Keluarga Berencana**

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No.10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Program KB adalah bagian integral dalam program pembangunan nasional yang bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan social budaya menuju keluarga penduduk Indonesia agar dapat mencapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (4).

### **2.2.2. Defenisi Kontrasepsi**

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding Rahim (5).

### 2.2.3. Macam-Macam Alat Kontrasepsi

#### 1. Metode sederhana

##### 1) Tanpa alat

- a. KB Alamiah
- b. Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL)
- c. Metode Kalender
- d. Metode Coitus Interruptus
- e. Metode Lendir Serviks
- f. Metode Simpodermal

##### 2) Dengan alat

- a. Kondom pria
- b. Diafragma
- c. Cup serviks
- d. Spermisida

#### 2. Kontrasepsi hormonal

- 1) Pil oral
- 2) Pil oral kombinasi
- 3) Mini pil
- 4) Injeksi DMPA
- 5) Implant

Alat kontrasepsi bawah kulit –AKBK (norplant, norplant-2, ST-1435, implanon).

### 3. Kontrasepsi Non Hormonal

1) Intrauterine Device (IUD, AKDR)

2) Kontrasepsi mantap

a) Pada wanita:

Tubektomi

b) Pada pria:

Vasektomi/vasektomi tanpa pisau (VTP) (6).

#### **2.2.4. AKDR**

##### **2.2.4.1. Sejarah AKDR**

Untuk menemukan asal mula alat kontrasepsi dalam Rahim sulit sekali. Orang arab di percaya memasukkan batu ke dalam uterus unta mereka, guna mencegah unta mereka hamil dalam perjalanan panjang melintasi gurun pasir. Pada tahun 1909, alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) pertama yang di rancang untuk mencegah konsepsi adalah sebuah cincin yang di buat dari usus ulat sutra oleh Dr. richter. Pada tahun 1920-an, Ernst Graefenberg mengembangkan sebuah cincin perak yang di kenal sebagai cincin Graefenberg. Di banyak Negara, kontrasepsi ilegal pada masa tersebut, dan antibiotik belum di kembangkan untuk mengobati infeksi panggul.

Kemudian, pada tahun 1934, Ota di jepang mengembangkan cincin Ota, suatu modifikasi cincin Graefenberg. Pada tahun 1962, Dr lippes memperkenalkan sebuah AKDR yang terbuat dari plastik yang di sebut Lippes Loop. AKDR tidak tersedia bagi wanita sampai tahun 1965 melalui klinik keluarga berencana, dan pada tahun 1969, kawat tembaga di tambahkan pada

AKDR, yang ternyata meningkatkan efektifitas alat tersebut, AKDR sering di sebut “per”

Baru-baru ini, AKDR terbaru dengan di perkenalkan dengan efek samping yang lebih sedikit, efektifitas lebih tinggi, dan bertahan sampai 10 tahun. Sejak penapisan klamidia di mulai, AKDR tlah memberi suatu kesempatan hidup baru. Perkembangan system intrauterus Mirena, sebuah AKDR yang melepas progesterone, memberi makna bahwa pilihan kontrasepsi saat ini semakin luas (7).

#### **2.2.4.2. Defenisi AKDR**

AKDR suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam Rahim yang sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang dapat dipakai oleh semua perempuan usia produkif yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis.

#### **2.2.4.3. Mekanisme kerja AKDR**

Mekanisme kerja AKDR yaitu :

- 1) Timbulnya reaksi radang lokal yang non-spesifik di dalam cavum uteri sehingga implantasi sel telur yang telah di buahi terganggu
- 2) Produksi local prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan terhambatnya implantasi
- 3) Gangguan/terlepasnya blastocyst yang telah berimplantasi di dalam endometrium
- 4) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopi
- 5) immobillisasi spermatozoa saat, melewati cavum uteri (4).

#### **2.2.4.4. Jenis AKDR**

Jenis AKDR yang dipakai di Indonesia antara lain :

1) Copper-T

AKDR berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian vertikalnya diberikan kawat tembaga halus.

2) Copper-7

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan.

3) Multi Load

AKDR ini terbuat dari plastik dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel.

4) Lippes loop

AKDR ini terbuat dari polyethelene berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung(8).

#### **2.2.4.5. Efektifitas AKDR**

Efektifitas tinggi walau masih terjadi 1-3 kehamilan per 100 wanita pertahun untuk AKDR umumnya, sedang untuk lippes Loop 2 kehamilan pertahun. Untuk secon generation Cu AKDR < 1 kehamilan per 100 wanita per tahun dan 1,4 kehamilan per 100 wanita setelah 6 tahun pemakaian (4)

#### **2.2.4.6.Indikasi AKDR**

Berikut ini adalah indikasi pemasangan AKDR pada seorang wanita antara lain yaitu :

1) Usia reproduktif

- 2) Keadaan nulipara (yang belum mempunyai anak)
- 3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Ibu yang sedang menyusui
- 5) Setelah mengalami keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi
- 6) Resiko rendah IMS
- 7) Tidak menghendaki kontrasepsi hormonal (5).

#### **2.2.4.7. Kontra Indikasi AKDR**

- 1) Kehamilan
- 2) Penyakit inflamasi pelvic (PID/Pelvic Inflammatory Disease)
- 3) Karsinoma serviks
- 4) Riwayat atau keberadaan penyakit jantung karena penyakit ini rentan terhadap endometritis bacterial.
- 5) Keberadaan miomata, malformasi congenital, atau anomaly perkembangan yang dapat mempengaruhi rongga uterus
- 6) Diketahui atau di curigai alergi terhadap tembaga atau penyakit Wilson (penyakit genetic keturunan yang mempengaruhi metabolisme tembaga sehingga mengakibatkan penumpukkan tembaga di berbagai organ dalam tubuh).
- 7) Ukuran uterus dengan alat periksa (sonde) berada di luar batas yang di tetapkan pada petunjuk terbaru tentang memasukkan AKDR, uterus harus terekam pada kedalaman 6-9 cm pada paragard dan mirena.
- 8) Resiko tinggi pada penyakit menular seksual (pasangan seksual yang berganti-ganti).

- 9) Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah kehamilan ektopik, merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal.
- 10) Servisititis atau vaginitis akut (sampai diagnosis ditegakkan dan berhasil diobati)
- 11) Peningkatan kerentanan terhadap infeksi (seperti pada terapi kortikosteroid kronis, diabetes, HIV/AIDS, leukemia dan penyalahgunaan obat-obatan IV.
- 12) Penyakit hati akut, meliputi hepatitis virus aktif atau tumor hati merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal.
- 13) Thrombosis vena dalam/embolisme paru yang terjadi baru-baru ini merupakan kontraindikasi hanya pada penggunaan AKDR hormonal.
- 14) Sakit kepala migren dengan segala neurologis local merupakan kontraindikasi hanya pada penggunaan AKDR hormonal.

#### **2.2.4.8. Efek Samping AKDR**

Efeksamping dan komplikasi

- 1) Bercak darah dan kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR
- 2) Kram, nyeri punggung bagian bawah, tau kedua keadaan tersebut terjadi bersamaan selama beberapa hari setelah pemasangan AKDR
- 3) Nyeri berat yang berlanjut akibat kram perut
- 4) Dismonorhoe, terutama yang terjadi selama 1-3 bulan pertama setelah pemasangan AKDR

- 5) Perubahan/gangguan menstruasi (menorrhagia, metroragia, amenorea, oligomenorea).
- 6) Perdarahan berat atau berkepanjangan
- 7) Anemia
- 8) Benang AKDR hilang, terlalu panjang, terlalu pendek
- 9) AKDR tertanam dalam endometrium dan myometrium
- 10) AKDR terlepas spontan
- 11) Kehamilan, baik AKDR masih tertanam dalam endometrium atau setelah AKDR terlepas spontan tanpa diketahui.

#### **2.2.4.9. Waktu Pemasangan AKDR**

Penggunaan AKDR sebaiknya dilakukan pada saat :

- 1) AKDR dapat dipasang kapan saja dalam siklus haid selama yakin tidak hamil.
- 2) Pemasangan setelah persalinan: boleh dipasang dalam waktu 48 jam setelah persalinan
- 3) Dapat pula di pasang setelah 4 minggu pasca persalinan, dengan dipastikan tidak hamil.
- 4) Antara 48 jam sampai 4 minggu pasca persalinan, tunda pemasangan, tunda pemasangan, gunakan metode kontrasepsi yang lain
- 5) Setelah terjadinya keguguran atau aborsi apabila tidak terjadi infeksi (9).

#### **2.2.4.10.Keuntungan AKDR**

Adapun keuntungan dari pemasangan AKDR ini yaitu:

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- 2) Dapat efektif segera setelah pemasangan
- 3) IUD merupakan metode kontrasepsi jangka panjang
- 4) Tidak bergantung pada daya ingat
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 6) Tidak adainteraksi dengan obat-obatan
- 7) Membantu mencegah kehamilan diluar kandungan (kehamilan ektopik)
- 8) Dapat dipasang segera setelah persalinan
- 9) Tidak ada efek samping hormonal dengan CuT-380A
- 10) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI (5).

#### **2.2.4.11.Kerugian AKDR**

- 1) Tidak ada alat kontrasepsi AKDR yang memberi perlindungan terhadap HIV atau penyakit menular seksual.
- 2) AKDR yang mengandung CU perlu di ganti setelah pemakaian beberapa tahun.
- 3) AKDR mengandung hormonal
  - a. Jauh lebih mahal dari pada Cu AKDR
  - b. Harus di ganti setelah 18 bulan
  - c. Sering menimbulkan perdarahan mid-siklus dan perarahan bercak/spoting
  - d. Insidens kehamilan ektopik lebih tinggi (4).

#### **2.2.4.12. Cara Pemasangan AKDR**

Langkah-langkah pemasangan AKDR yaitu :

- 1) Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilakan klien mengajukan pertanyaan.
- 2) Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberapa langkah waktu pemasangan dan nanti akan di beritahu bila sampai pada langkah tersebut.
- 3) Pastikan klien telah mengosongkan kandung kemihnya.
- 4) Periksa genitalia eksterna.
- 5) Lakukan pemeriksaan speculum.
- 6) Lakukan pemeriksaan panggul.
- 7) Lakukan pemeriksaan mikroskopik (bila tersedia dan ada indikasi).
- 8) Masukkan lengan AKDR Cooper T 380 A di dalam kemasan sterilnya.
- 9) Masukkan speculum dan uap vagina dan serviks dengan larutan antiseptic.
- 10) Gunakan tenaculum untuk menjepit serviks.
- 11) Masukkan sonde uterus
- 12) Pasangkan AKDR Cooper T 380 A. atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman cavum uteri. Hati-hati memasukkan tabung inserter sampai leher biru menyentuh fundus atau sampai terasa ada tahanan.
- 13) Lepaskan alat bantu melepaskan AKDR dan tenaculum sesuai prosedur.
- 14) Potong benang tidak lebih pendek dan kurang lebih 1½-2 inci (3,75 sampai 5 cm) dari serviks.

15) Lepaskan speculum.

16) Bersihkan perenium (9).

#### **2.2.4.13. Cara Memeriksa Benang AKDR**

- 1) Ibu datang ke tenaga kesehatan
- 2) Memeriksa sendiri dengan cara :
  - a. Cuci tangan
  - b. Duduk dalam posisi jongkok
  - c. Masukkan jari ke dalam vagina dan rasakan benang di mulut Rahim
  - d. Cuci tangan kembali setelah selesai (5).

#### **2.2.5. Pengetahuan**

##### **2.2.5.1. Defenisi Pengetahuan**

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “*what*”, misalnya apa air, apa manusia, apa alam, dan sebagainya. Pengetahuan pada dasarnya terdiri dari sejumlah fakta dan teori yang memungkinkan seseorang untuk dapat memecahkan masalah yang dihadapinya, pengetahuan tersebut diperoleh baik dari pengalaman langsung maupun melalui pengalaman orang lain.

##### **2.2.5.2. Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan yang di cakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

- a. Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai pingingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat

kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rancangan yang telah di terima.

b. Memahami (Comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang di ketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Analisis (Analysis)

Analisis diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat membedakan, memisahkan serta mengelompokkan.

d. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah ada dipelajari dengan menggunakan hokum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atausituasi yang lain, seperti menggunakan rumus statistic dalam oenghitungan hasil penelitian.

e. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatubentuk keseluruhan yang baru, seperti dalam menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan terhadap suatu teori.

f. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian itu berdasarkan untuk kriteria yang di tentukan sendiri atau kriteria yang telah ada (10).

### **2.2.5.3. Cara Memperoleh Pengetahuan**

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

a. Cara Non Ilmiah

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, yaitu :

1. Cara Coba salah (Trial and Error)

Cara coba ini di lakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, apabila tidak berhasil di coba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat terpecahkan.

2. Cara Kekuasaan atau Otoritas

Pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas atau turun-temurun, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin, agama maupun ilmu pengetahuan.

3. Secara Kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan. Contoh lain yaitu dari cerita mulut ke mulut.

4. Berdasarkan pengalaman Pribadi

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang di peroleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu.

5. Melalui jalan Fikiran

Dalam memperoleh pengetahuan manusia telah menggunakan jalan fikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi menggunakan cara melahirkan pikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan kemudian dicari hubungannya sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan.

b. Cara Ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian atau metodologi penelitian.

#### **2.2.5.4. Faktor-Faktor Yang Memperoleh Pengetahuan**

a. Umur

Umur merupakan rentang waktu seseorang yang dimulai sejak dia dilahirkan hingga berulang tahun. Jika seseorang itu memiliki pola piker dan pengalaman yang matang pula umur akan sangat berpengaruh terhadap daya tangkapsehingga pengetahuan diperolehnya akan semakin baik.

Kriteria umur ibu :

a) <20 tahun

b) 20-35 tahun

c) >35 tahun

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan seluruh proses kehidupan yang dimiliki oleh setiap individu berupa interaksi individu dengan lingkungannya, baik secara formal maupun informal yang melibatkan perilaku individu maupun kelompok. Makin tinggi pendidikan seseorang maka makin mudah orang tersebut menerima informasi.

Klarifikasi Pendidikan yaitu :

- a. Tidak Tamat Sekolah Dasar
- b. Sekolah Dasar (SD)
- c. Sekolah Menengah Pertama (SMP)
- d. Sekolah Menengah Atas (SMA)
- e. Akademi / Perguruan Tinggi (PT)

c. Paritas

Paritas adalah keadaan wanita berkaitan dengan jumlah anak yang dilahirkan.

Klarifikasi Paritas :

Primipara : wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar baik matur/premature.

Multipara : seorang wanita yang telah melahirkan lebih dari seorang anak.

Grandemultipara : wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih  
(11).

d. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu aktifitas yang dilakukan seseorang untuk memperoleh penghasilan guna memenuhi kebutuhan setiap hari.

Klasifikasi pekerjaan :

- 1) Pegawai Negeri Sipil.
- 2) Pegawai Swasta.
- 3) Wiraswasta.
- 4) Buruh, Petani, Nelayan (12).

e. Sumber Informasi

Sumber Informasi adalah sumber informasi yang lebih banyak akan memiliki pengetahuan yang lebih luas pula.

Klasifikasi Sumber Informasi :

- 1) Media Cetak ( *booklet, leaflet, flyer, flif chart*, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan).
- 2) Media Elektronik (Televisi, radio, video, film strip).
- 3) Keluarga.
- 4) Teman.
- 5) Penyuluhan (13).

#### **2.2.5.5. Cara Mengukur Pengetahuan**

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kuesioner. Jumlah pertanyaan sebanyak 20 soal dengan 4 butir pilihan jawaban (multiple choice).

Skala Guttman adalah penelitian yang di peroleh dapat berupa data interval atau rasio dikotomi ( dua alternatif). Jadi, penelitian menggunakan skala Guttman dilakukan bila ingin mendapat jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan. Pemberian skor jika responden menjawab benar maka diberi skor 1, sedangkan jika responden menjawab salah maka di beri skor 0 (13).

Berdasarkan nilai yang diperoleh responden, maka dapat di katagorikan tingkat pengetahuan ibu tentang metode AKDR, yaitu :

- a. Baik : jika benar jawaban 76%-100%
- b. Cukup : jika benar jawaban 56%-75%
- c. Kurang : jika benar jawaban <50% (12).

#### **2.2.6. Dukungan**

Dukungan merupakan segala bentuk informasi verbal maupun non verbal yang bersifat saran, bantuan yang nyata maupun tingkah laku di berikan oleh sekelompok orang yang dekat dan akrab dengan subjek di dalam lingkungan social atau dalam bentuk lain juga bisa berupa kehadiran ataupun segala sesuatu hal yang dapat memberikan keuntungan emosional yang berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

#### **2.2.12. Dukungan Suami**

Dukungan suami adalah orang yang mendukung, menunjang, penyokong, pembantu. Sedangkan suami adalah pria yang menjadi pasangan istri. Sehingga dukungan suami dapat didefinisikan sebagai bantuan yang di berikan oleh suami terhadap istri dalam memutuskan dan memilih menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang.

### 2.2.13. Bentuk-Bentuk Dukungan Suami

ada beberapa bentuk dukungan suami yaitu :

1. Dukungan Informasi (*informational*), dalam hal ini keluarga memberikan informasi, penjelasan tentang situasi dan gejala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi oleh seseorang. Mengatasi permasalahan dapat di gunakan seseorang dengan memberikan nasehat, anjuran petunjuk dan masuka.
2. Dukungan Penilaian (*appraisal*) yaitu keluarga berfungsi sebagai pemberi umpan balik yang positif, menengah penyelesaian masalah yang merupakan suatu sumber dan pengakuan identitas anggota keluarga. Keberadaan informasi yang bermanfaat dengan tujuan penilaian diri serta penguatan (pembenaran).
3. Dukungan Instrumental (*instrumental*) yaitu keluarga merupakan suatu sumber bantuan yang praktis dan konkrit. Bantuan mencakup memberikan bantuan yang nyata dan pelayanan yang di berikan secara langsung bisa membantu seseorang yang membutuhkan. Dukungan ekonomi akan membantu sumber daya untuk kebutuhan dasar dan kesehatan anak serta pengeluaran akibat bencana.
4. Dukungan Emosional (*emotional*) yaitu keluarga berfungsi sebagai suatu tempat berteduh dan beristirahat, yang berpengaruh terhadap ketenangan emosional, mencakup pemberian empati, dengan mendengarkan keluhan, menunjukkan kasih sayang, kepercayaan, dan perhatian. Dukungan emosional

akan membantu seseorang akan merasa lebih dihargai, nyaman, aman, dan disayangi.

Peran suami dalam menghidupkan kasih sayang dan harga diri pada ibu dapat dicurahkan melalui sikap dan perhatian serta memberikan dukungan kepada ibu. Dukungan suami dapat diungkapkan dengan penghargaan terhadap ibu melalui rasa simpati berminat terhadap ibu, bersikap toleran kelemahan-kelemahan ibu, menunjukkan kehangatan dan rasa tenang atau suka tanpa syarat dan juga coba untuk membantu ibu dalam menghadapi suatu permasalahan. Bagi ibu dukungan suami terhadap ibu merupakan sikap yang harus dikembangkan karena pada hakikatnya ibu selalu dibayang-bayangi oleh kebutuhan-kebutuhan, terutama kebutuhan untuk mendapat kasih sayang atau di cintai (14).

Dukungan suami sangat dibutuhkan bagi wanita usia subur terutama tentang alat kontrasepsi IUD. Dukungan dan pemahaman yang baik tentang kontrasepsi IUD bagi pasangan usia subur sangat dibutuhkan sehingga PUS memiliki alternatif memakai alat kontrasepsi. Kontrasepsi tidak dapat dipakai istri tanpa adanya kerjasama suami dan saling percaya (15).

Adapun Faktor-Faktor yang mempengaruhi peran serta suami dalam perlindungan kesehatan reproduksi istri (ibu) antara lain :

1. Budaya

Diberbagai wilayah di Indonesia terutama di dalam masyarakat yang masih tradisional (patrilineal) menganggap istri adalah konco wingking, yang artinya bahwa kaum wanita tidak sederajat dengan kaum pria, dan wanita hanyalah

bertugas untuk melayani kebutuhan dan melayani kebutuhan suami saja. Anggapan seperti ini mempengaruhi perlakuan suami terhadap kesehatan reproduksi istri, misalnya: kualitas dan kuantitas makanan yang lebih baik di banding istri maupun anak karena menganggap suami lah yang mencari nafkah dan sebagai kepala rumah tangga sehingga asupan zat gizi mikro untuk istri kurang, suami tidak empati dan peduli dengan keadaan ibu yang sedang hamil maupun mneyusui anak, dan lain-lain.

## 2. Pendapatan

Pada masyarakat kebanyakan 75-100% penghasilannya dipergunakan untuk membiayai keperluan hidupnya bahkan banyak keluarga rendah yang setiap bulan bersaldo rendah. Akan tetapi lebih bersifat holistic. Secara konkrit dapat di kemukakan bahwa pemberdayaan suami perlu dikaitkan dengan pemberdayaan ekonomi keluarga sehingga kepala keluarga tidak mempunyai alasan untuk tidak memperhatikan kesehatan istrinya karena permasalahan keuangan.

## 3. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan akan mempengaruhi wawasan dan pengetahuan suami sebagai kepala rumah tangga. Semakin rendah pengetahuan suami maa akses terhadap informasi kesehatan istrinya akan berkurang sehingga suami akan kesulitan untuk mengambil keputusan secara efektif, akhirnya pandangan baru yang perlu diperkenalkan dan lebih disosialisasikan kembali untuk memberdayakan kaum suami mendasarkan pada pengertian bahwa :

- a. Suami memainkan peranan yang sangat penting, terutama dalam pengambilan keputusan berkenaan dengan kesehatan reproduksi pasangannya.
- b. Suami sangat berkepentingan terhadap reproduksi pasangannya.
- c. Saling pengertian serta keseimbangan peranann antara kedua pasangan dapat membantu meningkatkan perilaku yang kondusif terhadap peningkatan kesehatan reproduksi.
- d. Pasangan yang selalu berkomunikasi tentang planning keluarga maupun kesehatan reproduksi antara satu dengan yang lainnya akan mendapatkan keputusan yang lebih efektif dan lebih baik (14).

### **2.3. Hipotesis**

Hipotesis merupakan pernyataan tentative (sementara) mengenai kemungkinan hasil dari suatu kemungkinan hasil dari penelitian (16).

Ada Hubungan Pengetahuan Dan Dukungan Suami Dengan Pemilihan Metode AKDR Di Puskesmas Berandan Kecamatan Babalan Tahun 2018.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode *survey analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *survey analitik* merupakan suatu penelitian yang mencoba mengetahui mengapa masalah kesehatan tersebut biasa terjadi, kemudian melakukan analisis hubungan antara faktor resiko dengan faktor efek. Pendekatan *Cross sectional* merupakan suatu penelitian yang mempelajari hubungan antara faktor resiko (independen) dengan faktor efek (dependen), dimana melakukan observasi atau pengukuran variabel sekali dan sekaligus pada waktu yang sama (23).

#### **3.2. Lokasi Dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Berandan Kecamatan Tahun 2018, karena masih rendahnya penggunaan AKDR.

##### **3.2.2. Waktu Penelitian**

Waktu penelitian ini dilakukan dari bulan Juli - September 2018 dan dalam kurun waktu tersebut dilakukan dengan kegiatan mengumpulkan referensi, konsultasi pembimbing, studi pendahuluan, penelitian, pengumpulan data, pengolahan data, analisis data dan penulisan hasil penelitian.

### 3.3. Populasi dan Sampel

#### 3.3.1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek atau objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian di tarik kesimpulannya (24).

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu PUS di puskesmas berandan kecamatan babalan yang di ambil dari data bulan juli 2018 di Puskesmas berandan kecamatan babalan yaitu sebanyak 229 orang.

#### 3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang di teliti, sampel merupakan bagian dari populasi yang akan di teliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (24).

Untuk menentukan sampel dengan menggunakan rumus *slovin*.

$$n = \frac{N}{1 + (N \cdot e^2)}$$

Keterangan :

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

e = Standar error (0,1<sup>2</sup>)

$$n = \frac{N}{1 + (N \cdot e^2)}$$

$$n = \frac{229}{1 + (229 \cdot 0.1^2)}$$

$$n = \frac{229}{1 + (229 \cdot 0.01)}$$

$$n = \frac{229}{1 + 2,29}$$

$$n = \frac{229}{3,29}$$

$$n = 69$$

Berdasarkan perhitungan di atas, maka jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 69 PUS. Kemudian sampel ditentukan berdasarkan Kelurahan Puskesmas Berandan dengan teknik *proporsional random sampling*. Teknik penambilan sampel dengan cara *proporsional random sampling* dengan mengambil sampel untuk setiap strata atau wilayah (23).

**Tabel 3.1. Distribusi Besar Sampel Berdasarkan Kelurahan Puskesmas Berandan**

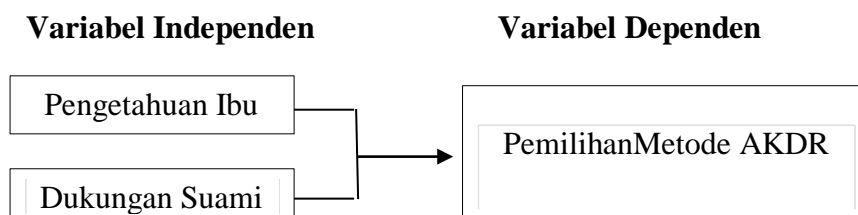
No	Nama Kelurahan	Jumlah PUS	Perhitungan	Benar Sampel
1	Pelawai Utara	46	$(46/229)*69$	14
2	Berandan Timur Baru	64	$(64/229)*69$	20
3	Berandan Barat	22	$(22/229)*69$	6
4	Berandan Timur	97	$(97/229)*69$	29
Jumlah		229		69

Setelah diketahui jumlah sampel masing-masing kelurahan, maka peneliti menggunakan teknik acak sederhana (*simple random sampling*) dengan cara undian. Nama-nama tersebut di beri nomor urut untuk diundi sampai diperoleh sampel sebanyak 69 Orang.

### 3.4. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (25).

Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini memiliki dua variable yaitu variable independent dan variable dependent, variable independennya (x) adalah pengetahuan dan dukungan suami dan variable dependent (y) adalah pemilihan metode AKDR.



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**

### 3.5. Defenisi Operasional dan Aspek Pengukuran

#### 3.5.1. Defenisi Operasional

Defenisi Operasional adalah batasan yang digunakan untuk mendefinisikan variabel-variabel atau faktor-faktor yang mempengaruhi variable pengetahuan dan dukungan suami (25).

Defenisi operasional berkaitan dengan judul penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut.

- 1) Pengetahuan adalah segala yang diketahui ibu tentang AKDR meliputi, pengertian, mekanisme, jenis, efektifitas, kontra indikasi, efek samping, keuntungan, kerugian, dan cara pemasangan AKDR.

- 2) Dukungan Suami adalah keikutsertaan suami, mendukung, memotivasi dalam memilih AKDR.
- 3) Pemilihan AKDR adalah keputusan ibu dalam memberikan pilihan untuk menggunakan AKDR.

### 3.5.2. Aspek Pengukuran

Aspek pengukuran adalah aturan-aturan yang meliputi cara dan alat ukur (*instrument*), hasil pengukuran, katagori dan skala ukur yang digunakan untuk menilai suatu variable.

**Tabel 3.2. Aspek Pengukuran Variable Penelitian**

N o	Nama Variabel	Jumlah Soal	Cara dan Alat Ukur	Skala Pengukuran	Value	Jenis Skala Ukur
<b>Variabel X</b>						
1	Pengetahuan	20 Pertanyaan	Kuesioner	a. 76%-100% b. 56%-75% c. <56%	Baik (3) Cukup (2) Kurang (1)	Ordinal
2	Dukungan Suami	10 Pertanyaan	Kuesioner 1 = Ya  0 = Tidak	a. Mendukung: apabila jawaban responden 6-10  b. Kurang mendukung: apabila jawaban responden <6	1  0	Nominal
<b>Variabel Y</b>						
3	Pemilihan metode AKDR	1 Pertanyaan	Kuesioner, Yang terdiri dari jawaban Ya dan Tidak	Menggunakan AKDR/ Tidak menggunakan AKDR	2  1	Nominal

### **3.6. Metode Pengumpulan Data**

#### **3.6.1. Jenis Data**

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan data primer.

1) Data Primer

Data primer adalah data yang di peroleh langsung dari sumbernya atau responden, diamati dan dicatat oleh peneliti. Data primer diperoleh melalui tehnik pengumpulan data dengan kuesioner.

2) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang secara tidak langsung diperoleh dari sumbernya.

3) Data Tersier

Data tersier adalah data yang secara tidak langsung diperoleh dari referensi seperti buku, laporan/kebijakan, program atau peraturan pemerintah (23).

#### **3.6.2. Tehnik Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dengan cara memberikan atau membagikan kuesioner langsung kepada ibu akseptor KB di Puskesmas Berandan Kecamatan Babalan.

1) Data Primer

Data primer diperoleh melalui tehnik pengumpulan data dengan pengisian angker, kuesioner, wawancara, diskusi dan observasi.

2) Data Sekunder

Pengambilan data sekunder dilakukan dengan studi dokumentasi berupa data deskriptif, misalnya : laporan KB, Profil tempat penelitian.

3) Data Tersier

Data tersier adalah data yang sudah di publikasikan missal WHO, SDKI, Jurnal dan lain-lain.

### 3.6.3. Uji Validitas Dan Reliabilitas

a. Uji Validitas

Uji validitas yaitu uji menentukan derajat ketetapan dari instrument penelitian yang berbentuk kuesioner.

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang di ukur. Demikian pula pada kuesioner sebagai alat ukur harus mengukur apa yang ingin di ukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu di uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuesioner tersebut.

Bila semua pertanyaan itu mempunyai korelasi yang bermakna (consiruct validity), berarti semua item (pertanyaan) yang ada di dalam kuesioner itu mengukur konsep yang kita ukur. Pengujian validitas konstruk dengan SPSS adalah menggunakan korelasi, instrument valid apabila nilai korelasi (person correlation) adala positif dan nilai probabilitas korelasi (sig.2-tailed)  $\leq$  taraf signifikan ( $\alpha$ ) sebesar 0,05. Uji validitas pada peneitian ini dilakukan di

Puskesmas Tangkahan Durian Kecamatan Berandan Barat sebanyak 30 orang ibu PUS.

**TABEL 3.3**

*Tabel Hasil Uji Validitas Pengetahuan*

<b>Butir Pengetahuan</b>	<b>Uji Valid</b>	<b>Standart</b>	<b>Kesimpulan</b>
Pertanyaan 1	0,003	0,05	Valid
Pertanyaan 2	0,024	0,05	Valid
Pertanyaan 3	0,000	0,05	Valid
Pertanyaan 4	0,024	0,05	Valid
Pertanyaan 5	0,010	0,05	Valid
Pertanyaan 6	0,002	0,05	Valid
Pertanyaan 7	0,040	0,05	Valid
Pertanyaan 8	0,030	0,05	Valid
Pertanyaan 9	0,011	0,05	Valid
Pertanyaan 10	0,001	0,05	Valid
Pertanyaan 11	0,006	0,05	Valid
Pertanyaan 12	0,006	0,05	Valid
Pertanyaan 13	0,009	0,05	Valid
Pertanyaan 14	0,000	0,05	Valid
Pertanyaan 15	0,001	0,05	Valid
Pertanyaan 16	0,021	0,05	Valid
Pertanyaan 17	0,000	0,05	Valid
Pertanyaan 18	0,015	0,05	Valid
Pertanyaan 19	0,003	0,05	Valid
Pertanyaan 20	0,000	0,05	Valid

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa nilai probabilitas (p) setiap butir pertanyaan pengetahuan lebih besar dari  $\alpha$  0,05, maka dapat diasumsikan bahwa butir pertanyaan valid.

**TABEL 3.4***Tabel Hasil Uji Validitas Dukungan Suami*

<b>Butir Dukungan Suami</b>	<b>Uji Valid</b>	<b>Standart</b>	<b>Kesimpulan</b>
Pertanyaan 1	0,000	0,05	Valid
Pertanyaan 2	0,010	0,05	Valid
Pertanyaan 3	0,009	0,05	Valid
Pertanyaan 4	0,000	0,05	Valid
Pertanyaan 5	0,002	0,05	Valid
Pertanyaan 6	0,004	0,05	Valid
Pertanyaan 7	0,009	0,05	Valid
Pertanyaan 8	0,006	0,05	Valid
Pertanyaan 9	0,003	0,05	Valid
Pertanyaan 10	0,003	0,05	Valid

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa nilai probabilitas (p) setiap butir pernyataan dukungan suami lebih besar dari  $\alpha$  0,05, maka dapat diasumsikan bahwa butir pernyataan valid.

#### b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama.

Uji reliabilitas adalah uji menentukan derajat konsistensi dari instrument penelitian berbentuk kuesioner. Tingkat reabilitas dapat dilakukan menggunakan SPSS melalui uji *cronbach alpha* yang dibandingkan dengan Tabel r, dengan ketentuan jika r hitung > r tabel maka tes tersebut *reliable* (23).

**TABEL 3.5***Tabel Hasil Uji Reliabilitas Pengetahuan*

<b>Varaibel</b>	<b>r<sub>tabel</sub></b>	<b>r<sub>hitung</sub></b>
Pengetahuan	0,361	0,855
Dukungan Suami	0,361	0,724

Hasil perhitungan *Cronchbach Alpa* diperoleh nilai  $r_{hitung}$  yaitu 0,839 lebih besar dari  $r_{tabel}$  0,361, maka dapat dikatakan variabel pengetahuan dan dukungan suami dinyatakan reliabel.

### 3.7. Metode Pengolahan Data

Data yang dikumpul diolah dengan langkah tersebut :

1. Proses Collecting

Menggunakan data yang berasal dari Kuesioner, Angket maupun Observasi.

2. Proses Editing

Dlakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner dengan tujuan agar data diolah secara benar.

3. Proses Coding

Pada langkah ini peneliti memberikan kode pada variable-variabel yang diteliti.

4. Proses tabulating

Untuk mempermudah pengolahan data analisa data serta pengambilan kesimpulan kemudian memasukkan kedalam bentuk distribusi frekuensi.

### **3.8. Teknik Analisa Data**

#### **3.8.1. Analisa Univariat**

Analisa univariat digunakan untuk mendeskripsikan data yang dilakukan pada tiap variable dan hasil penelitian. Data disajikan dalam tabel distribusi frekuensi. Adapun yang ada dalam tabel tersebut tentang karakteristik umur dan pendidikan ibu.

#### **3.8.2. Analisis Bivariate**

Analisis bivariate merupakan analisis untuk melihat pengaruh masing-masing antara variable bebas dengan variable terkait. Analisis bivariate dilakukan dengan tabulasi silang antara variable independen dan variable dependen menggunakan uji *chi-square* dengan tingkat kepercayaan  $\alpha=0,05$  (23).