

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Kontrasepsi

2.1.1. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata “Kontra” yang berarti mencegah atau melawan dan “Konsepsi” yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi, kontrasepsi adalah upaya mencegah/ menghindari pertemuan sel telur matang dan spermat tersebut. Tidak ada satupun metode kontrasepsi yang aman dan efektif bagi semua klien karena masing-masing mempunyai kesesuaian dan kecocokan individual bagi setiap klien (BKKBN, 2011).

Metode kontrasepsi bekerja dengan dasar mencegah sperma laki-laki bertemu dan membuahi sel telur wanita (fertilisasi), atau mencegah sel telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim. Kontrasepsi dapat bersifat sementara (kembali) atau permanen (tetap). Kontrasepsi yang sementara adalah metode kontrasepsi yang dapat dihentikan setiap saat tanpa efek lama dalam mengembalikan kesuburan. Metode kontrasepsi permanen atau sterilisasi adalah metode kontrasepsi yang tidak dapat menimbulkan kesuburan karena melibatkan tindakan operasi (Sulistiyawati, 2012).

Jadi dapat disimpulkan bahwa pengertian kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan akibat dari pertemuan sel telur yang matang dan

sperma yang bersifat sementara atau permanen dengan menggunakan alat atau obat-obatan.

2.1.2. Tujuan Kontrasepsi

Tujuan pemakaian kontrasepsi untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua. Pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan kontrasepsi, yaitu:

a. Menunda kehamilan

Tujuan ini untuk pasangan dengan istri berusia di bawah 20 tahun dan dianjurkan menunda kehamilannya.

b. Menjarangkan kehamilan (mengaturkesuburan)

Hal ini ditujukan pada saat istri berusia 20 – 35 tahun yang paling baik untuk melahirkan 2 anak dengan jarak kehamilan 3 sampai 4 tahun.

c. Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi)

Tujuan ini untuk pasangan yang memiliki istri dengan usia di atas 35 tahun dan dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak.

2.1.3. Metode Kontrasepsi

Dalam pemilihan alat kontrasepsi, terdapat berbagai macam metode kontrasepsi yang telah dikelompokkan berdasarkan jangka waktu penggunaannya.

1. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

a. Kontrasepsi Implan

1) Pengertian

Implant adalah alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silikon. Implant merupakan kontrasepsi yang dimasukkan di bawah kulit lengan oleh dokter atau bidan terlatih. Implant mengandung hormonal (progestin) yang efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan) dengan masa kerja panjang, dosis rendah dan merupakan metode kontrasepsi yang tidak permanen. Lengan yang biasanya dipasang implant adalah lengan yang tidak banyak digunakan beraktifitas (BKKBN, 2011).

2) Kerugian

Kerugian penggunaan kontrasepsi ini adalah membutuhkan seorang profesional terlatih untuk memasang dan melepas implan, terjadinya gangguan siklus haid, adanya perubahan berat badan, timbulnya jerawat dan rasa nyeri pada payudara. Ekspulsi implant mungkin saja terjadi karena pemasangan kurang tepat dan tidak steril atau karena gerakan keras pasca tempat insersi. Implant dapat menyebabkan sakit kepala, perubahan libido (dorongan seksual) dan perubahan perasaan (mood) (Irianto, 2012).

3) Keuntungan

Keuntungan dari penggunaan implant adalah daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang, pengembalian tingkat kesuburan cepat setelah pencabutan. Implant tidak memerlukan

pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen dan tidak mengganggu ASI. Implant juga tidak mengganggu kegiatan senggama, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan dan dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

Keuntungan non kontrasepsi dari implant yaitu dapat mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah dan dapat mengurangi anemia. Implant dapat melindungi terjadinya kanker endometrium dan melindungi diri dari penyebab penyakit radang panggul. Implant juga dapat menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara dan kejadian endometritis (Marmi, 2016).

b. AKDR Cu T 380A

1) Pengertian

IUD merupakan alat kontrasepsi yang efektif dalam mencegah kehamilan dan memiliki banyak manfaat dibanding alat kontrasepsi lainnya. IUD terbuat dari plastik elastik, dililit tembaga atau campuran tembaga dengan perak. Lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas dengan waktu penggunaan mencapai 2- 10 tahun dengan mencegah masuknya spermatozoa ke saluran tuba. Pemasangan dan pencabutan IUD harus dilakukan oleh tenaga medis (Setyaningrum, 2014).

2) Keuntungan

a) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi

- b) Reversibel, berjangka panjang (dapat dipakai sampai 10 tidak perlu diganti)
- c) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- d) Meningkatkan hubungan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- e) Tidak ada efek samping hormonal
- f) Tidak mempengaruhi produksi ASI dan kualitas ASI
- g) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau setelah abortus bila tidak ada infeksi
- h) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- i) Dapat digunakan sampai menopause (Pinem, 2009).

3) Keterbatasan

- a) Tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV dan AIDS
- b) Tidak baik digunakan oleh perempuan yang sering berganti-ganti pasangan atau yang menderita IMS
- c) Penyakit radang panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS menggunakan AKDR, PRP dapat menyebabkan infertilitas
- d) Diperlukan prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik dalam pemasangan AKDR
- e) Sedikit nyeri dan spotting terjadi segera setelah pemasangan AKDR, tetapi biasanya menghilang 1-2 hari

- f) Klien tidak dapat melepas sendiri AKDR (harus dilepas oleh tenaga kesehatan terlatih)
- g) Kemungkinan AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui klien (sering terjadi bila AKDR dipasang segera setelah melahirkan)
- h) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jarinya ke dalam vagina (Pinem, 2009).

c. Tubektomi (MOW)

1) Pengertian

Tubektomi adalah setiap tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang membuat seseorang tidak mendapatkan keturunan lagi. Tubektomi dilakukan untuk mencegah bertemunya sel telur dan sperma (pembuahan) dengan cara menutup saluran telur tanpa mengubah indung telur dalam rahim (Mulyani, 2013).

2) Keuntungan

- a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- b) Permanen
- c) Tidak mempengaruhi produksi ASI (Air Susu Ibu) dan proses menyusui
- d) Tidak dipengaruhi faktor senggama
- e) Baik bagi klien dimana kehamilan menjadi risiko yang serius

- f) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi local
- g) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- h) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium) (Pinem, 2009).

3) Keterbatasan

Beberapa keterbatasan dalam penggunaan MOW, yaitu: pasangan harus mempertimbangkan sifat permanen dari metode kontrasepsi ini, pasien dapat menyesal dikemudian hari, risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum), rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan, hanya dapat dilakukan oleh dokter yang terlatih, tidak melindungi diri dari IMS dan HIV/AIDS (Mulyani, 2013).

2. Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP)

a. Pil

1) Pengertian

Pil KB merupakan alat kontrasepsi hormonal yang bersifat reversibel, berupa obat dalam bentuk pil yang diminum. Pil KB berisi hormon estrogen dan atau progesteron. Pil KB akan efektif serta aman apabila digunakan secara benar dan konsisten serta harus diminum setiap hari (Marmi, 2016).

2) Kerugian

Kerugian mengkonsumsi pil ini yaitu perlu diminum secara teratur, secara cermat dan konsisten, tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV, peningkatan risiko gangguan sirkulasi, seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme vena, peningkatan risiko adenoma hati, icterus kolestatik, batu ginjal, tidak cocok untuk perokok berusia di atas 35 tahun

3) Keuntungan

Keuntungan yang didapatkan adalah dapat diandalkan dan reversibel, meredakan dismenorhea dan menoregi, mengurangi risiko anemia, mengurangi risiko penyakit payudara jinak, meredakan gejala pramenstruasi, kehamilan ektopik lebih sedikit, menurunkan kista ovarium, penyakit radang panggul lebih sedikit, melindungi terhadap kanker endometrium dan ovarium.

b. Suntik

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik merupakan alat kontrasepsi berupa cairan yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik. Kontrasepsi suntik merupakan kontrasepsi mengandung hormonal yang masuk ke dalam pembuluh darah dan diserap oleh tubuh sedikit demi sedikit yang

berguna untuk mencegah kehamilan. Kontrasepsi suntik efektif, pemakaiannya praktis, murah dan aman (Marmi, 2016).

2) Kerugian

Kerugian mengkonsumsi pil ini yaitu perlu diminum secara teratur, secara cermat dan konsisten, tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV, peningkatan risiko gangguan sirkulasi, seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme vena, peningkatan risiko adenoma hati, icterus kolestatik, batu ginjal, tidak cocok untuk perokok berusia di atas 35 tahun.

3) Keuntungan

Keuntungan yang didapatkan adalah dapat diandalkan dan reversibel, meredakan dismenorhea dan menoregi, mengurangi risiko anemia, mengurangi risiko penyakit payudara jinak, meredakan gejala pramenstruasi, kehamilan ektopik lebih sedikit, menurunkan kista ovarium, penyakit radang panggul lebih sedikit, melindungi terhadap kanker endometrium dan ovarium.

c. Kondom Pria dan Wanita

1) Pengertian

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan

diantaranya karet (lateks), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani). Kondom diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin yaitu kondom pria dan kondom wanita. Kondom pria sudah sering dikenal, kondom wanita meskipun sudah ada namun belum begitu dikenal (Mulyani, 213).

2) Keuntungan

Keuntungan dari penggunaan kondom yaitu dapat memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber KB. Kondom dapat mencegah penularan IMS, ejakulasi dini dan imuno infertilitas. Penggunaan kondom juga dapat mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

3) Keterbatasan

Kondom mempunyai keterbatasan yaitu efektifitasnya yang tidak terlalu tinggi, tingkat efektifitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar. Kondom dapat mengurangi sensitifitas pada penis. Kondom juga mempunyai keterbatasan yaitu harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual dan biasanya adanya perasaan malu membeli kondom ditempat umum.

2.2. Konsep Pemilihan Kontrasepsi

2.2.1 Pengertian Pemilihan Kontrasepsi

Pemilihan kontrasepsi adalah menentukan alat atau obat yang digunakan untuk mencegah atau menghindari terjadinya kehamilan yang diakibatkan oleh pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma yang bersifat sementara maupun bersifat permanent (Prawirohardjo, 2008).

Pemilihan kontrasepsi (PK) merupakan salah satu komponen dalam pelayanan kependudukan dan KB. Tidak ada satupun metode kontrasepsi yang aman dan efektif bagi semua klien karena masing-masing mempunyai kesesuaian dan kecocokan individual bagi setiap klien.

Namun secara umum persyaratan metode kontrasepsi ideal adalah sebagai berikut (Prawirohardjo, 2008):

- a. Aman, artinya tidak menimbulkan komplikasi atau meningkatkan risiko jika digunakan.
- b. Berdaya guna, dalam arti jika digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah kehamilan.
- c. Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan dan budaya di masyarakat. Penerimaan terhadap kontrasepsi dibagi menjadi dua macam yakni penerimaan awal (*initial acceptability*) dan penerimaan lanjut (*continued acceptability*). Penerimaan awal tergantung pada bagaimana motivasi dan persuasi yang diberikan oleh petugas KB. Penerimaan lanjut dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti umur,

motivasi, budaya, sosial ekonomi, agama, sifat yang ada pada KB dan faktor daerah (desa/kota).

- d. Terjangkau harganya oleh masyarakat.
- e. Jika klien berhenti menggunakan metode tersebut, kesuburannya akan segera kembali, kecuali untuk kontrasepsi mantap (Prawirohardjo, 2008).

Pengambilan keputusan klien terhadap pemilihan metode kontrasepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor meliputi usia, paritas, usia anak terkecil, tujuan reproduksi (menjarangkan atau menghentikan kehamilan), frekuensi hubungan kehamilan, hubungan dengan pasangan, pengaruh orang lain dalam mengambil keputusan, dan pengenalan pemakai serta tingkat kenyamanan terhadap tubuh dan sistem reproduksi (Wulansari, 2012).

2.2.2 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Kontrasepsi

a. Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam analisis fertilitas, karena umur dapat menjadi indikator kematangan seorang perempuan secara biologis terutama dalam hal kesuburan. Usia sangat berpengaruh dalam mengatur jumlah anak yang dilahirkan. Periode usia 20-35 tahun adalah periode menjarangkan kehamilan untuk itu diperlukan metode kontrasepsi yang efektivitasnya cukup tinggi, jangka waktunya lama (2-4 tahun) dan reversibel. Prioritas kontrasepsi yang sesuai yaitu AKDR, Suntikan, Mini pil, Pil, cara sederhana, Norplant (AKBK) dan Kontap.

Berbeda dengan jenis kontrasepsi yang digunakan oleh ibu yang berusia lebih dari 35 tahun. Pada usia ini merupakan fase menghentikan kehamilan sehingga dibutuhkan kontrasepsi dengan kriteria yang lebih tinggi yaitu efektivitas sangat tinggi dan tidak menambah kelainan/penyakit yang sudah ada (Indahwati, 2017).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan Ningrum, dkk (2018) menyatakan bahwa sebagian besar penggunaan KB Non MKJP pada umumnya digunakan wanita berumur relatif muda kurang dari 30 tahun. Sedangkan wanita umur di atas 30 tahun relatif menggunakan KB MKJP. Jadi dapat disimpulkan bahwa umur merupakan salah satu faktor dalam pemilihan alat kontrasepsi.

b. Tingkat Pendidikan

Pendidikan seseorang akan mempengaruhi pemilihan alat kontrasepsi. Dengan pendidikan yang tinggi, maka ibu mampu memahami keuntungan dan kerugian dalam pemakaian alat kontrasepsi. Sejalan dengan program pemerintah untuk mempunyai keluarga yang terencana, maka pada masa pendidikannya program keluarga berencana selalu dipelajari terutama pada pendidikan menengah dan tinggi lebih detil dibandingkan pada pendidikan rendah (dasar) (Pratiwi, 2017).

Tingkat pendidikan seseorang sangat menentukan dalam pola pengambilan keputusan dan penerimaan informasi. Pendidikan juga akan mempengaruhi pengetahuan dan persepsi seseorang tentang pentingnya sesuatu hal, termasuk perannya dalam program KB. Pada

ibu pengguna KB dengan tingkat pendidikan rendah, keikutsertaannya dalam program KB hanya ditujukan untuk mengatur kelahiran. Sementara itu pada ibu pengguna KB dengan tingkat pendidikan tinggi, keikutsertaannya dalam program KB selain untuk mengatur kelahiran juga untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga karena dengan cukup dua anak dalam satu keluarga (laki-laki atau perempuan sama saja) maka keluarga kecil bahagia dan sejahtera dapat tercapai dengan mudah. Hal ini dikarenakan seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pandangan yang lebih luas tentang suatu hal dan lebih mudah untuk menerima ide atau cara kehidupan baru (Indahwati, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian Septalia, dkk (2016) menyebutkan bahwa mayoritas pendidikan akseptor KB yang menggunakan kontrasepsi non MKJP adalah berpendidikan menengah ke bawah. Terlebih bagi masyarakat yang berpenghasilan rendah dan merasa keberatan dengan jumlah biaya yang harus dikeluarkan pada saat awal pemasangan.

c. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil proses belajar dari seseorang yang dari tidak tahu menjadi tahu, dan seseorang yang tahu akan mempunyai kecenderungan untuk memilih dan melakukan. Tingkat pengetahuan yang tinggi, selain dikarenakan tingkat pendidikan yang tinggi, juga dipengaruhi oleh keaktifan seseorang dalam mencari informasi. Pengetahuan seseorang dapat diperoleh dari keikutsertaan dalam

kegiatan-kegiatan, misalnya penyuluhan rutin mengenai alat kontrasepsi. Pemilihan alat kontrasepsi atau metode kb sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dengan pengetahuan yang baik pasangan usia subur dapat memilih tempat pelayanan yang baik, metode yang cocok dan nyaman dengan kondisi badannya sehingga dengan kesadaran mereka yang tinggi dapat terus memanfaatkan alat kontrasepsi. Pengetahuan sebagai domain dari perilaku merupakan awal seseorang untuk melakukan tindakan (Pratiwi, 2017).

Menurut hasil penelitian Amalia (2017) menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan yang dimiliki WUS disebabkan oleh kurangnya rasa ingin tahu dan kepedulian masyarakat terhadap pemilihan MKJP padahal tenaga kesehatan sudah memberikan penyuluhan KB akan tetapi masyarakat tetap memilih bertahan dengan kontrasepsi hormonal seperti pil dan suntik yang memiliki efek samping lebih besar. Informasi yang masih banyak yang tidak diketahui oleh klien yaitu efek samping dari pemakaian alat kontrasepsi, kontraindikasi dan keuntungan dari pemakaian kontrasepsi Non MKJP.

d. Jumlah Anak

Jumlah anak merupakan salah satu faktor yang paling mendasar mempengaruhi perilaku PUS dalam menggunakan metode kontrasepsi. Salah satu hal yang mendorong seseorang untuk memutuskan akan mengikuti program KB adalah apabila merasa bahwa banyaknya anak yang masih hidup sudah mencukupi jumlah anak yang diinginkan.

Semakin besar jumlah anak hidup yang dimiliki seseorang, semakin besar kemungkinan untuk membatasi kelahiran. Jumlah banyak anak apabila jumlah anaknya lebih dari 4 (paritas tinggi) dan jumlah anak kurang dari 2 (paritas rendah) dan jumlah anak sedang antara 2-3 (paritas sedang). Pasangan Usia Subur yang berusia diantara 20-35 tahun dianjurkan untuk menggunakan kontrasepsi MKJP, salah satunya IUD dan Implant (Indahwati, 2017).

Menurut hasil penelitian Septianingrum, dkk (2018) menyatakan bahwa alasan mereka menunda untuk mempunyai anak karena ingin mempunyai keluarga kecil bahagia sejahtera serta tidak ingin terbebani ketika mempunyai jumlah anak yang banyak seperti tidak mampu membiayai kebutuhan anak ketika sudah dewasa, tidak mampu untuk menyekolahkan anak dan lain sebagainya. Sedangkan klien yang memiliki jumlah anak hidup banyak, lebih banyak memilih kontrasepsi MKJP karena ingin menghentikan kehamilan, tetapi ada beberapa klien yang tidak menggunakan kontrasepsi dan menginginkan jumlah anak banyak dengan alasan banyak anak banyak rezeki dan apabila mempunyai banyak anak dapat membantu orang tua dalam mencari tambahan pendapatan orang tua. Hasil penelitian tersebut juga sesuai dengan hasil penelitian Fitrianiingsih & Soenarnatalina (2016) yang menyatakan bahwa klien yang memiliki anak < 2 menggunakan kontrasepsi non MJKP, sedangkan sebagian besar klien yang memiliki 3 anak atau lebih menggunakan kontrasepsi MJKP.

e. Biaya

Penghasilan atau pendapatan seseorang sangat berpengaruh terhadap pemilihan alat kontrasepsi, ini disebabkan oleh mahalnya alat kontrasepsi yang digunakan untuk ber-KB, sehingga mereka memilih alat kontrasepsi yang lebih murah. Selain itu, disebabkan karena pengetahuan yang minim mengenai biaya pemakaian kontrasepsi jika dilihat dari segi efektivitas, efisien, dan jangka panjang. Biaya pelayanan pemasangan kontrasepsi MKJP tampak jauh lebih mahal, akan tetapi jika akseptor KB melihat dari segi jangka waktu penggunaannya, tentu biaya yang harus dikeluarkan untuk pemakaian kontrasepsi MKJP akan lebih murah dibandingkan dengan non MKJP. Untuk sekali pemasangan, MKJP bisa efektif selama 3–8 tahun, bahkan seumur hidup. Sedangkan efektivitas kontrasepsi non MKJP hanya 1–3 bulan saja. Biaya pemakaian kontrasepsi dapat mempengaruhi pemilihan kontrasepsi non MKJP, hal ini dapat disebabkan karena pengetahuan yang minim mengenai biaya pemakaian kontrasepsi jika dilihat dari segi efektivitas, efisien, dan jangka panjang (Septalia, dkk 2016).

f. Dukungan Suami

Kesadaran suami dalam keikutsertaan berpartisipasi dalam menentukan alat kontrasepsi yang sesuai menunjukkan kepedulian bahwa masalah kesehatan reproduksi bukan hanya masalah pada wanita. Partisipasi suami dalam upaya mendukung program KB bukan

hanya dengan mengantar istrinya kelayanan kesehatan atau sekedar memberikan materi finansial akan tetapi dengan ikut mendampingi pasangannya baik saat pemasangan maupun pada saat penyuluhan.

Dukungan suami terdiri dari 4 bentuk, yaitu dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional. Pada dukungan informasional suami ikut serta dalam mencari informasi terkait KB. Pada dukungan penilaian suami ikut serta dalam berkonsultasi dan memilih alat kontrasepsi yang digunakan. Pada dukungan instrumental suami bersedia untuk mengantarkan ke tempat pelayanan untuk pemasangan dan membiayainya. Pada dukungan emosional suami bersedia untuk membantu istri dalam mencari pertolongan saat ada komplikasi. Selain itu, dukungan emosional yang lain seperti mendorong adanya ungapan perasaan, memberikan nasehat atau informasi terkait alat kontrasepsi, dan menanyakan kondisi setelah menggunakan alat kontrasepsi (Rafida dan Wibowo, 2012).

Menurut hasil penelitian Amalia (2017), menyatakan bahwa banyak suami yang kurang memberikan dukungan dalam pemilihan alat kontrasepsi. Mereka beranggapan bahwa suami tidak merasa peduli terhadap alat kontrasepsi tersebut. Suami merasa hal tersebut bukanlah urusannya, akan tetapi urusan istri saja padahal dukungan suami sangat berperan dalam pemilihan alat kontrasepsi.

g. Sosial Budaya

Budaya merupakan pemahaman, perasaan, suatu bangsa meliputi pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat istiadat dan pembawaan lainnya yang diperoleh dari anggotamasyarakat itu sendiri. Budaya merupakan suatu pandangan masyarakat atau suatu sistem pedoman hidup yang ingin dicapai. Perilaku merupakan hasil dari pengalaman dan interaksi manusia dengan lingkungannya. Jadi, perilaku dan lingkungan sosial budaya adalah suatu hal yang mempengaruhi satu sama lain. Berbagai aspek dari sosial budaya tersebut, tentu akan mempengaruhi status kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung (Kurniawan, 2016)

Agama dan kepercayaan juga dapat mempengaruhi orang dalam pemilihan metode kontrasepsi karena adanya aturan yang ditetapkan dalam ajaran yang dianut. KB bukan hanya masalah demografi dan klinis tetapi juga mempunyai dimensi sosial-budaya dan agama, khususnya perubahan sistim nilai dan norma masyarakat. Oleh karena itu KB perlu mendapat dukungan masyarakat, termasuk tokoh agama. Pandangan agama mengenai larangan pemakaian metode MKJP yaitu pendapat agama yang mengharamkan menggunakan kontrasepsi MOW dan MOP, pengaturan kelahiran hanya terbatas pada pencegahan kehamilan sementara karena tidak merubah ciptaan Allah SWT. Namun jika terdapat alasan medis tertentu, dapat dibenarkan karena termasuk dalam katagori darurat (Wahyuni dan Oktriyanto, 2011). Hal tersebut

sesuai dengan penelitian Kurniawan (2016) menyatakan bahwa terdapat pengaruh antara sosial budaya terhadap pemilihan alat kontrasepsi.

h. Peran Petugas Kesehatan

PLKB/PKB merupakan ujung tombak pengelola KB di lapangan. Petugas kesehatan menjadi salah satu pihak yang paling bertanggung jawab dalam mengkampanyekan program keluarga berencana kepada masyarakat. Saat di pelayanan kesehatan petugas kesehatan memegang peranan penting karena mereka dapat meyakinkan para calon akseptor untuk memakai alat kontrasepsi (Pratiwi, 2017). Dukungan petugas kesehatan berpengaruh terhadap pemakaian alat kontrasepsi. Petugas kesehatan berperan dalam memberikan informasi, penyuluhan dan menjelaskan alat kontrasepsi.

Hal ini sesuai dengan penelitian Amalia (2017), menyatakan bahwa kurangnya partisipasi masyarakat terhadap penyuluhan yang diadakan oleh petugas kesehatan, karena masyarakat menganggap penyuluhan tersebut tidak penting, dibuktikan dengan masyarakat baru akan datang jika diberi buah tangan. Kegiatan-kegiatan yang di lakukan seperti halnya penyuluhan, dan melakukan safari KB itu sangat mendukung sekali sehingga memudahkan WUS untuk melakukan pemilihan kontrasepsi MKJP.

2.3. Konsep Wanita Usia Subur (WUS) Risiko Tinggi

Wanita usia subur adalah wanita yang berumur 15-49 tahun yang berstatus kawin maupun yang belum kawin atau janda (BKKBN, 2011). Sedangkan menurut Depkes RI (2009), wanita usia subur adalah semua wanita yang telah memasuki usia antara 15-49 tahun tanpa memperhitungkan status perkawinannya. Wanita usia subur (WUS) risiko tinggi adalah wanita yang telah menikah, tidak dalam keadaan hamil dan memiliki risiko 4 T atau riwayat obstetri yang buruk atau penyakit non obstetri yang dapat mempengaruhi proses reproduksi (Badan Keluarga Berencana Kabupaten Malang, 2015).

Dalam obstetri modern terdapat pengertian potensi risiko, dimana suatu kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya/ risiko terjadinya komplikasi dalam persalinan. Komplikasi dapat ringan atau berat yang menyebabkan terjadinya kematian, kesakitan, kecacatan pada ibu dan atau bayi.

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/ bahaya terjadinya komplikasi pada persalian yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya.

Salah satu ciri faktor risiko/masalah dalah faktor risiko/masalah mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan.

Ida Bagus Manuaba menyederhanakan faktor risiko sebagai berikut:

1. Berdasarkan anamnesis

- a. Usia ibu (<19 tahun, >35 tahun)
 - b. Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim)
 - c. Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterine, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat mola hidatidosa atau korio karsinoma)
 - d. Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi lahir rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi forceps, ekstraksi vakum, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).
2. Hasil pemeriksaan fisik.
- a. Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan disertai: anemia, penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru, hati, atau ginjal).
 - b. Hasil pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu: hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, serviks inkompeten, kista ovarium, atau mioma uteri).

Hebert Hutabarat Membagi faktor kehamilan dengan risiko tinggi berdasarkan:

1. Komplikasi obstetrik (usia kurang dari 19 tahun atau lebih dari 35 tahun), paritas (primigravida tua primer atau sekunder, grande

multipara), riwayat persalinan (abortus lebih dari 2 kali, partus premature 2 kali atau lebih, riwayat kematian janin dalam rahim, perdarahan pasca-persalinan, riwayat pre-eklamsia-eklamsia, riwayat kehamilan mola hidatidosa, riwayat persalinan dengan tindakan operasi, terdapat disproporsi sefalopelvik, perdarahan antepartum, kehamilan ganda atau hidramnion, hamil dengan kelainan letak, dugaan dismaturitas, serviks inkompeten, hamil disertai mioma uteri atau kista ovarium.

2. Komplikasi medis, kehamilan yang disertai dengan anemia, hipertensi, penyakit jantung, hamil dengan diabetes mellitus, hamil dengan obesitas, hamil dengan penyakit hati, hamil disertai penyakit paru, hamil disertai penyakit lainnya (Manuaba, dkk. 2010).

Adapun beberapa kondisi risiko tinggi pada wanita usia subur yang telah menikah, belum ber-KB dan tidak dalam keadaan hamil, serta akan berisiko tinggi apabila hamil (Badan Keluarga Berencana Kabupaten Malang, 2015), adalah sebagai berikut :

1. Perdarahan pervaginam
2. Endometriosis
3. Tumor ovarium jinak
4. Desminorhae berat
5. Penyakit trofoblas
6. Kanker mammae
7. Kanker endometrium

8. Kanker ovarium
9. Fibroma uteri
10. Kelainan anatomis
11. Penyakit radang panggul
12. Infeksi menularseksual
13. Risiko tinggi HIV
14. Terinfeksi HIV
15. AIDS
16. Tuberkulosis
17. Penyakit Tiroid
18. Hepatitis virus
19. Sirosis hepatitis
20. Tumor hati
21. Talasemia
22. Anemia bulan sabit
23. Anemia defisiensi Fe
24. Pasca persalinan (laktasi/non-laktasi) termasuk pasca secio caesarea
25. Pasca keguguran
26. Riwayat operasi pelvis
27. Hipertensi
28. Riwayat hipertensi dalam kehamilan
29. Trombosis vena permukaan
30. Riwayat penyakit jantung iskemik

31. Stroke
32. Penyakit katup jantung
33. Dekompensasio kordis
34. Miokard infark akut
35. Epilepsi
36. Kurang energy kalori
37. Asthma Bronchiale
38. Diabetes Mellitus
39. TORCH :
 - a. Toxoplasmosis
 - b. Other (*syphilis, varicella, mumps, parvovirus, dan HIV*)
 - c. Rubella (*German measles*)
 - d. Cytomegalovirus
 - e. Herpes simpleks
40. Penggunaan obat-obatan yang mempengaruhi enzim-enzim hati
41. Penggunaan Rifampisin
42. Penggunaan Antikonvulsan tertentu

Kelainan-kelainan yang perlu dipertimbangkan dalam proses penapisan reproduksi melalui program Contra WAR yaitu :

1. Abortus spontan : komplit dan inkomplit
2. *Abortus Provocatus Criminalis Infeksiosa* (Riwayat pengguguran kandungan)
3. Kehamilan Ekstra Tubae (Hamil diluar kandungan)

4. Mola hydatidosa (Tumor Mola)
5. Chronic Hyper Emesis Gravidarum (Muntah-muntah berlebihan pada kehamilan)
6. Anemia gravidarum (kurang darah)
7. Midtrimester bleeding (perdarahan pada bulan ke 4–6 kehamilan)
8. Partus prematurus (lahir tidak cukup bulan)
9. Ante Partum Bleeding (perdarahan pada kehamilan bulan ke 7–9) :
 - a. Placenta praevia (ari-ari menutupi jalan lahir)
 - b. Solutio placentae (ari-ari sulit lahir)
10. Pre eklampsia ringan (hamil dengan tekanan darah tinggi)
11. Pre eklampsia berat (hamil dengan tekanan darah tinggi yang berat dan kaki bengkak).
12. Eklampsia (hamil dengan kejang-kejang)
13. Kelainan letak janin
14. Kelainan air ketuban
15. Post term (hamil lewat bulan)
16. Penyakit sistemik (Penyakit yang menyerang organ – organ tubuh)
17. Hemorrhagic Post Partum (perdarahan setelah melahirkan)
18. Emboli air ketuban (air ketuban masuk kedalam aliran darah)
19. Distosia / kelainan letak
20. Partus lama (kasep / sisa dukun)
21. Late Haemorrhagic Post Partum (perdarahan setelah melahirkan yang muncul nya lambat)

22. Infeksi nifas (infeksi pada masa 42 hari setelah melahirkan)

2.4. Konsep Program Contra War (*Contraceptive For Women At Risk*)

2.4.1. Pengertian Program Contra War (*Contraceptive For Women At Risk*)

Program Contra WAR adalah program keluarga berencana (KB) berupa penundaan atau pembatasan kehamilan yang dilaksanakan secara terencana dan terpadu lintas program dan lintas sektor, melalui proses survailans aktif yang dilaksanakan oleh masyarakat secara berkesinambungan dan berkelanjutan, serta proses penapisan reproduksi terhadap wanita usia subur (WUS) yang sedang menderita suatu penyakit (menular/tidak menular/bawaan), memiliki faktor risiko apabila hamil maupun pernah mempunyai riwayat kehamilan risiko tinggi sebelumnya yang dapat membahayakan proses kehamilan dan persalinan berikutnya serta kesehatan bayi yang akan dilahirkannya (Badan Keluarga Berencana Kabupaten Malang, 2015).

Program Contra War dimunculkan dengan tujuan untuk menurunkan AKI dan AKB, namun bedanya bahwa tujuan dari program ini tidak terbatas pada tujuan tersebut, tetapi juga untuk menurunkan unmeet need, TFR, CFR, dan peningkatan kesertaan ber KB MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang).

Dalam menggunakan kontrasepsi pada wanita usia subur (WUS) risiko tinggi merupakan bentuk dari perilaku yaitu bentuk aktif (overt

behaviour) dimana perilaku tersebut dapat diobservasi secara langsung dan sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata (Wawan & Dewi, 2010).

2.4.2. Sasaran Program Contra War (*Contraceptive For Women At Risk*)

Program Contra WAR (Women At Risk) ini ditujukan bagi wanita usia subur berisiko tinggi berusia 15 sampai 49 tahun yang telah menikah, belum ikut KB dan tidak dalam keadaan hamil (unmeet need) yang sedang menderita penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit bawaan (misalnya TBC paru, hepatitis virus, kelainan jantung, keganasan, gondok, hipertensi, kurang energi kalori dan sebagainya), serta mempunyai faktor risiko seperti berusia terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun), termasuk wanita yang pernah memiliki riwayat kehamilan dengan jarak terlalu rapat (<2 tahun), mempunyai anak terlalu banyak (>4) atau pernah mengalami risiko tinggi pada kehamilan sebelumnya (Badan Keluarga Berencana Kabupaten Malang, 2015).

2.5. Konsep Dasar *Health Belief Model* (HBM)

2.5.1 Pengertian *Health Belief Model* (HBM)

Model keyakinan kesehatan merupakan model kognitif yang digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. Menurut Model keyakinan kesehatan, tindakan pencegahan yang mungkin dilakukan seorang dipengaruhi secara langsung dari hasil dua keyakinan atau penilaian kesehatan antara lain ancaman yang dirasakan serta penilaian terhadap keuntungan dan kerugian. Ancaman yang dirasakan

dari sakit atau luka (*perceived threat of injury of illness*) mengacu pada sejauh mana seseorang berfikir bahwa penyakit atau rasa sakit benar-benar mengancam dirinya. Jika ancaman meningkat, maka perilaku pencegahan juga akan meningkat. Penilaian tentang ancaman berdasar pada kerentanan (*perceived susceptibility*) dan derajat keparahan (*perceived severity*) yang dirasakan. Individu mungkin dapat menciptakan masalah kesehatannya sendiri sesuai dengan kondisi. Individu mengevaluasi keparahan penyakit jika penyakit tersebut muncul akibat ulah dirinya sendiri atau penyakit sengaja tidak ditangani (Mubarak, 2012).

Health belief Model (HBM) adalah suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan.

Model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*) adalah suatu bentuk penjabaran dan model sosio-psikologis. Munculnya didasarkan pada kenyataannya bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider (Novita dan Yunetra, 2011).

Model Keyakinan Kesehatan melingkupi kebiasaan seseorang dan sifat-sifat yang dikaitkan dengan perkembangan, termasuk gaya hidup tertentu seperti merokok, diet, olahraga, perilaku keselamatan, penggunaan alkohol, penggunaan kondom untuk pencegahan AIDS, dan gosok gigi.

Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah lebih ditekankan pada kontrol risiko. Model keyakinan kesehatan juga telah meluas melebihi pencegahan, namun juga meliputi keadaan kesakitan dan perilaku peran sakit (Mubarak, 2012).

2.5.2 **Komponen *Health Belief Model* (HMB)**

Health Belief Model (HBM) berisi beberapa konsep utama yang memprediksi mengapa seseorang akan mengambil tindakan untuk mencegah, untuk menyaring, atau untuk mengontrol kondisi penyakit; termasuk kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan dalam berperilaku, isyarat/ dukungan untuk bertindak, dan yang paling baru, *perceived self efficacy*. *Perceived self efficacy* diperkenalkan pada tahun 1977 oleh Bandura yang didefinisikan sebagai keyakinan atau kepercayaan diri untuk mengambil tindakan kesehatan dan melakukan tindakan kesehatan. Pada tahun 1988, Resenstock, Stecher, dan Becker menyarankan bahwa *perceived self efficacy* ditambahkan ke HBM sebagai konstruksi yang terpisah dari konsep asli dari kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan. Konstruksi *perceived self efficacy* menyatakan perubahan perilaku hanya dapat berhasil jika individu merasa terancam oleh pola perilakunya saat ini melalui kerentanan yang dirasakan dan tingkat keparahan dan percaya bahwa perubahan perilaku tertentu akan menghasilkan hasil yang dinilai pada biaya yang dapat diterima. Individu

juga harus merasa kompeten untuk mengatasi hambatan yang dirasakan dalam mengambil tindakan

Jika individu menganggap diri mereka rentan terhadap kondisi, percaya kondisi itu akan memiliki konsekuensi yang serius, percaya bahwa suatu tindakan yang tersedia bagi mereka akan bermanfaat dalam mengurangi kerentanan atau keparahan, dan percaya manfaat yang diharapkan dari perilaku lebih besar daripada hambatan dalam perilaku, mereka akan mengambil tindakan yang mereka percaya akan mengurangi risiko mereka (Champion & Skinner, 2008).

Secara umum komponen HBM adalah meliputi sebagai berikut (Rosentock, 1974):

- a. Ancaman (*Threat*), persepsi terhadap ancaman suatu penyakit merupakan langkah awal dalam proses bertindak mengurangi ancaman. Persepsi terhadap ancaman merupakan gabungan dua persepsi yaitu *perceived susceptibility* dan *perceived severity*.
- b. Harapan, persepsi terhadap harapan ini dibagi atas 3 faktor yaitu *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *perceived self efficacy*.
- c. *Cues to action*, tanda/ sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak ke arah perilaku kesehatan.
- d. Variabel modifikasi diantaranya sosiodemografi, dan struktural. Variabel ini mempengaruhi persepsi individu maka secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*). Tingkat pendidikan diyakini

mempunyai dampak tidaklangsung terhadap perilaku dengan mempengaruhi *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived barriers* dan *perceived toaction*.

Konstruksi HBM menurut Champion & Skinner (2008) adalah sebagai berikut:

a. *Perceived susceptibility* (Kerentanan)

Perceived susceptibility mengacu pada keyakinan tentang kemungkinan mendapatkan penyakit atau kondisi. Selain itu juga persepsi subjektif seseorang akan pemahaman kondisinya, dan risiko mendapat suatu kondisi tertentu.

b. *Perceived severity* (Keparahan)

Persepsi subjektif dari individu terhadap seberapa parah konsekuensifisik dan sosial dari penyakit yang akan dideritanya. Kombinasi persepsi kerentanan dan keparahan akan menghasilkan persepsi ancaman.

c. *Perceived benefits* (Manfaat)

Individu merasa dirinya sangat rentan terhadap serangan penyakitserius dan mematikan, maka individu akan melakukan tindakantertentu dan tindakan yang dilakukan tergantung pada manfaat yang akan dirasakan nantinya.

d. *Perceived barriers* (Hambatan)

Rintangan yang ditemukan dalam melakukan tindakan pencegahan mempengaruhi besar kecilnya usaha dari individu tersebut. Bila

masalah yang dihadapi dalam tindakan pencegahan penyakit sangat besar maka persepsi untuk melaksanakan tindakan itu semakin kecil, tapi bila masalah yang dihadapi kecil maka akan semakin besar bagi individu untuk melaksanakan tindakan pencegahan tersebut.

e. *Cues to action* (Isyarat untuk Bertindak)

Cues to action merupakan stimulus internal dan eksternal yang menggerakkan kesadaran terhadap persepsi ancaman kehamilan dan memfasilitasi pertimbangan dalam menggunakan kontrasepsi untuk mengurangi ancaman. Hal ini meliputi gejala seperti luput dari menstruasi setelah bersenggama (stimulus internal) atau komunikasi dari mediator terhadap penggunaan kontrasepsi dan kekhawatiran dari pasangan seksual atau konseling oleh petugas kesehatan (stimulus eksternal) (Hall, 2012).

f. *Self-efficacy* (Kemampuan diri)

Keyakinan seseorang akan kemampuannya untuk melakukan suatu tindakan. *Perceived self efficacy* adalah keyakinan seseorang pada kemampuannya dalam melakukan sesuatu hal. Jika seseorang percaya bahwa perilaku baru bermanfaat untuk mereka, namun mereka berfikir tidak mampu melaksanakannya maka perilaku baru tersebut tidak akan dicoba untuk dilaksanakan. *Perceived self efficacy* menentukan bagaimana individu merasa, berpikir, memotivasi diri dan berperilaku. Keyakinan tersebut menghasilkan efek yang beragam

melalui empat proses, yaitu kognitif, motivasi, afektif dan proses seleksi.

g. Other Variables

Variabel demografi, sosiopsikologikal dan struktural dapat mempengaruhi persepsi dan demikian secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

2.5.3 Cara Pengukuran *Health Belief Model* (HBM)

Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), keparahan yang dirasakan (*perceived severity*), manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*), hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*), isyarat/ dukungan bertindak (*cues to action*) dan kepercayaan diri (*self efficacy*) diukur menggunakan kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan pada komponen *Health Belief Model* (HBM) yang di kemukakan oleh Champion dan Skinner (Glanz, dkk 2008).

Menurut Allport (1954) kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek merupakan salah satu komponen sikap (Notoatmodjo, 2012). Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai obyek sikap yang hendak di ungkap. Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal hal yang positif mengenai obyek sikap, yaitu kalimatnya bersifat mendukung atau memihak pada obyek sikap. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan yang *favourable*.

Sebaliknya pernyataan sikap mungkin pula hal – hal negatif mengenai subjek sikap yang bersifat tidak mendukung maupun kontra terhadap obyek sikap. Pernyataan seperti ini disebut dengan pertanyaan tidak *favourable*. Suatu skala sikap sedapat mungkin diusahakan agar terdiri atas pernyataan *favourable* dan tidak *favourable* dalam jumlah yang seimbang. Dengan demikian pernyataan yang disajikan tidak semua positif dan tidak semua negatif yang seolah olah isi sala memihak atau tidak mendukung sama sekali obyek sikap (Azwar, 2005 dalam Wawan, 2010).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat/ pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan – pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner (Notoatmodjo, 2012). Beberapa teknik pengukuran sikap antara lain : Skala Thrustone, Likert, Unobstrusive Measures, Analisis Aklaogam dan Skala Kumulatif, dan Multidimensional Scaling.

Skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau sekelompok tentang kejadian atau gejala sosial. Skala ini disusun untuk mengungkapkan sikap pro dan kontra, positif dan negative, setuju dan tidak setuju terhadap suatu objek sosial, dalam skala sikap, obyek sosial tersebut berlaku sebagai obyek sikap (Azwar, 2011). Skala Likert (Method Of Summateds Rattings) diajukan oleh Likert (1932) sebagai alternatif yang lebih sederhana dibandingkan dengan skala

Thurstone. Skala Thurstone yang terdiri dari 11 point disederhanakan menjadi dua kelompok, yaitu yang *favourable* dan yang *unfavourable*. Sedangkan item yang netral disetarakan. Untuk mengatasi hilangnya netral tersebut, Likert menggunakan teknik konstruksi tes yang lain. Masing – masing responden diminta melakukan item dalam skala yang terdiri dari 5 poin (Sangat Setuju, Setuju, Ragu-ragu, Tidak Setuju, Sangat tidak setuju). Semua item yang *favourable* kemudian diubah nilainya dalam angka, yaitu yang sangat setuju nilainya 5 sedangkan untuk sangat tidak setuju nilainya 1. Sebaliknya untuk item *unfavourable* nilai skala sangat setuju adalah 1 sedangkan untuk yang sangat tidak setuju nilainya 5. Seperti halnya Skala Thurstone, skala likert disusun dan diberi skor sesuai dengan skala interval sama (*equal-interval scale*) (Wawan, 2010).

Salah satu skor standart yang biasanya digunakan dalam skala model Likert adalah Skor-T yaitu :

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{x}}{s} \right]$$

$$\bar{x} = \frac{(x_1 + x_2 + x_3 + \dots)}{n}$$

$$s = \sqrt{\frac{\sum(X - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Keterangan :

χ = skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T

$\bar{\chi}$ = mean skor kelompok

S = deviasi standar skor kelompok (Wawan, 2010)

Setelah skor T dari masing-masing responden diperoleh, maka kategori *Health Belief Model* dapat dibagi menjadi dua yaitu :

- 1) Positif, jika skor $T \geq \text{Mean } T$
- 2) Negatif, jika skor $T < \text{Mean } T$

2.6. Hubungan *Health Belief Model* (HBM) dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi pada Wanita Usia Subur (WUS) Risiko Tinggi

Wanita usia subur (WUS) risiko tinggi merupakan suatu kondisi dimana wanita tersebut mempunyai faktor risiko terjadinya komplikasi apabila hamil. Wanita usia subur (WUS) risiko tinggi harus mendapatkan perhatian yang lebih, karena apabila suatu saat mengalami kehamilan dan penyakit yang diderita belum sempat ditangani akan berisiko mengalami komplikasi. Oleh karena itu, wanita usia subur (WUS) risiko tinggi harus menunda kehamilannya dengan menggunakan alat kontrasepsi. Pemilihan metode kontrasepsi sangat penting bagi WUS risiko tinggi. WUS risiko tinggi harus menggunakan kontrasepsi yang efektif, efisien dan aman, akan tetapi banyak WUS risiko tinggi salah dalam memilih alat kontrasepsi yang tepat sehingga dapat membahayakan dirinya sendiri atau memperparah penyakit yang sedang diderita (Syafudin, dkk. 2011).

Faktor utama yang menyebabkan kesalahan dalam pemilihan kontrasepsi adalah kurangnya informasi, keuangan dan faktor keluarga. Banyak WUS risiko tinggi yang tidak mengetahui efek dari kontrasepsi yang digunakan dan ada yang memilih kontrasepsi bukan karena dia tahu tentang alat kontrasepsi

secara umum melainkan karena ia mengikuti alat kontrasepsi yang digunakan oleh teman terdekat atau saudaranya. Komplikasi kehamilan pada WUS risiko tinggi dapat dicegah dan diatasi dengan baik jika gejalanya ditemukan sedini mungkin sehingga dapat dilakukan tindakan saat itu juga.

Untuk bisa menilai keadaan psikologi tersebut dan menilai perilaku kesehatan pada wanita usia subur (WUS) risiko tinggi dalam memilih alat kontrasepsi, bidan dapat menggunakan model kepercayaan kesehatan atau yang biasa disebut *Health Belief Model* untuk menilai keadaan psikososial. Model keyakinan kesehatan (*Health Belief Model*) ini sering dipertimbangkan sebagai kerangka utama perilaku kesehatan yang dimulai dari pertimbangan orang-orang tentang kesehatan, mengidentifikasi prioritas beberapa faktor penting yang berdampak terhadap pengambilan keputusan secara rasional dalam situasi yang tidak menentu. Model kepercayaan kesehatan pada wanita usia subur (WUS) risiko tinggi meliputi 4 komponen yaitu :

a. *Perceived Susceptibility* (Kerentanan)

Perceived susceptibility mengacu pada penilaian individu tentang kemungkinan dirinya tentang penyakit (Glanz, dkk. 2008). *Perceived susceptibility* mengacu pada penilaian individu, suatu tindakan dilakukan atau tidak dilakukan kembali kepada persepsi yang individu miliki. Jika persepsi ancaman merujuk pada penyakit yang serius dan berisiko, perilaku seseorang akan berubah (Hayden, 2018).

Konsep struktur model *Health Belief Model* yang dikemukakan oleh Resenstock (2004) dalam Champion & Skinner (2008) menjelaskan

bahwa jika *perceived susceptibility* atau persepsi terhadap kerentanan seseorang baik/positif, maka akan menyebabkan munculnya perilaku pencegahan terhadap risiko juga akan besar. *Perceived susceptibility* sangat penting dalam memotivasi perilaku dimana *perceived susceptibility* positif akan lebih memotivasi seseorang untuk melakukan suatu tindakan dibandingkan yang mempunyai *perceived susceptibility* negatif.

Seseorang percaya bahwa dia tidak memiliki risiko atau berisiko rendah terhadap suatu penyakit, maka individu akan cenderung tidak berperilaku sehat, begitu pula sebaliknya apabila seseorang percaya bahwa dia memiliki risiko atau berisiko tinggi terhadap suatu penyakit maka individu tersebut akan cenderung berperilaku sehat. Persepsi kerentanan berdasar pada keyakinan tentang kemungkinan terkena penyakit atau kondisi. Selain itu, persepsi subjektif pemahaman seseorang terhadap kondisinya, dan risiko mendapat kondisi tertentu (Fitri, 2015)

b. *Perceived Severity* (keparahan)

Menurut Priyoto (2014), semakin besar risiko yang dirasakan semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko. Jadi semakin tinggi persepsi keparahan suatu penyakit yang akan diderita maka semakin besar pula untuk mencari tindakan pencegahannya

c. *Perceived Benefit* (Keuntungan)

Manfaat tindakan secara langsung memotivasi perilaku dan tidak langsung menjadikan rencana kegiatan tersebut untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Manfaat yang dirasakan berhubungan dengan persepsi

efektivitas, kelayakan dan keuntungan lain dari menggunakan metode kontrasepsi untuk mencegah kehamilan. *Perceived benefits* merupakan kesimpulan individu tentang bergunanya mengubah perilaku untuk mencegah suatu penyakit (Hayden, 2018). *Perceived benefits* adalah keyakinan individu terhadap manfaat dari suatu perilaku. Individu dalam mengadopsi perilaku baru, individu membutuhkan kepercayaan akan besarnya manfaat yang diperoleh dan kepercayaan akan adanya hambatan yang menghalangi adopsi perilaku (Champion & Skinner, 2008). WUS risiko tinggi yang yakin bahwa ia rentan terhadap suatu penyakit merasa tindakan tersebut akan mengurangi ancaman penyakitnya dengan menggunakan metode kontrasepsi yang sesuai.

Teori *Health Belief Model* menjelaskan bahwa *perceived benefits* dan *perceived barriers* saling berpengaruh. Jika manfaat yang dirasakan individu lebih besar dibanding hambatan yang dirasakan, maka perilaku akan terwujud. Sebaliknya, jika hambatan yang dirasakan lebih besar daripada manfaatnya, maka perilaku tidak akan terwujud (Rosenstock, 1974).

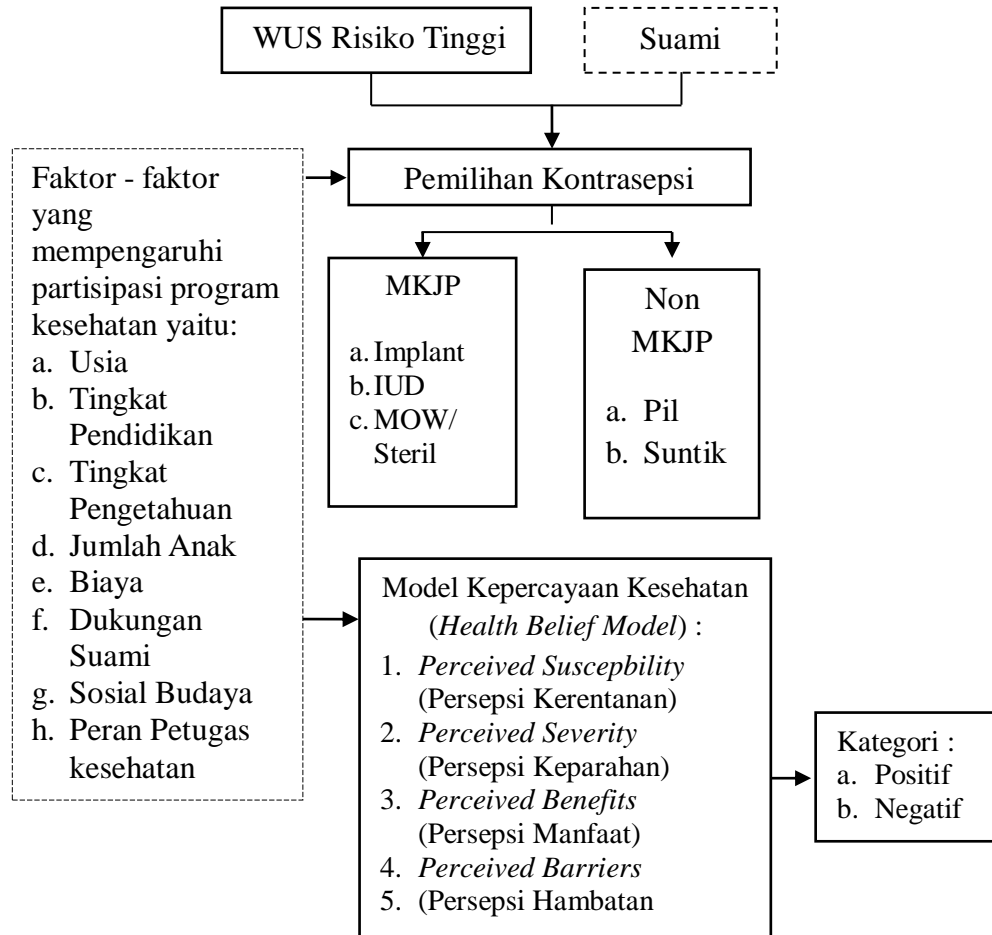
d. *Perceived Barrier* (Rintangannya)

Perceived barriers merupakan aspek negatif dari suatu perilaku sehat, dapat berupa tindakan yang menghalangi untuk berperilaku sehat, semacam bawah sadar, analisis biaya-manfaat, dimana seseorang mempertimbangkan manfaat yang diharapkan dari suatu tindakan dengan *barriers* (halangan) yang dirasakan (Glanz, dkk. 2008). Keseluruhan

kemungkinan hambatan terhadap kontrasepsi dapat menghalangi atau mencegah penggunaan kontrasepsi. *Perceived barriers* meliputi beberapa komponen, yaitu kondisi memalukan, ketakutan akan rasa sakit, pengetahuan dan kewaspadaan, sikap, kesulitan dalam mendapatkan, kurangnya dukungan, waktu dan biaya (Hall, 2011).

Berdasarkan teori *Health Belief Model* (Glanz, dkk. 2008) menyebutkan bahwa meskipun manfaat tindakan lebih menentukan daripada hambatan, namun jika hambatan tersebut sangat besar tentu juga menjadi sesuatu yang menghambat untuk terjadinya perilaku. Seseorang dapat merasa terancam dengan risiko kehamilan yang tidak direncanakan dan mengetahui manfaat dari penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang, tetapi karena hambatan yang dirasakan sangat kuat akhirnya mempengaruhi rendahnya perilaku penggunaan kontrasepsi jangka panjang. Sama halnya dengan WUS risiko tinggi yang merasa bahwa penyakit/ kondisinya membahayakan tentu akan melakukan tindakan kesehatan yang disarankan dengan menggunakan metode kontrasepsi yang sesuai tetapi terdapat suatu penghalang atau hambatan yang dirasakan sehingga mengacu WUS risiko tinggi untuk tidak melakukan tindakan tersebut seperti biaya (mahal), berbahaya (misalnya, efek samping), tidak menyenangkan (menyakitkan), menyita waktu atau merepotkan.

2.7. Kerangka Konsep



Keterangan :

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan *Health Belief Model* (HBM) dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi pada Wanita Usia Subur(WUS) Risiko Tinggi

2.8. Hipotesis

- H1:** 1. Ada hubungan antara *perceived susceptibility* dengan pemilihan alat kontrasepsi pada wanita usia subur (WUS) risiko tinggi
2. Ada hubungan antara *perceived severity* dengan pemilihan alat kontrasepsi pada wanita usia subur (WUS) risiko tinggi
3. Ada hubungan antara *perceived benefit* dengan pemilihan alat kontrasepsi pada wanita usia subur (WUS) risiko tinggi
4. Ada hubungan antara *perceived barrier* dengan pemilihan Alat kontrasepsi pada wanita usia subur (WUS) risiko tinggi