

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KUNJUNGAN ULANG PASCA PEMASANGAN IUD BERDASARKAN
HEALTH BELIEF MODEL (HBM) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
PUCANG SEWU SURABAYA**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL



Oleh:

Irsa Alfiani
NIM. 131411131003

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KUNJUNGAN ULANG PASCA PEMASANGAN IUD BERDASARKAN
HEALTH BELIEF MODEL (HBM) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
PUCANG SEWU SURABAYA**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:

Irsa Alfiani
NIM. 131411131003

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

Lembar Surat Pernyataan

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 31 Juli 2018

Yang menyatakan



Irsa Alfiani
131411131003

Lembar Surat Persetujuan

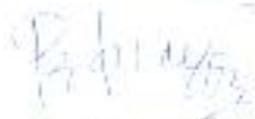
SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR YANG BERTHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KUNJUNGAN ULANG PASCA PEMASANGAN IUD BERDASARKAN
HEALTH BELIEF MODEL (HBM) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
PUCANG SEWU SURABAYA

Oleh :
Irsa Alfiani
NIM : 131411131003

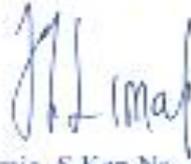
SKRIPSI INI TELAH DISETUIJI
TANGGAL, 9 Agustus 2018.
Oleh :

Pembimbing Ketua



Retnayu Pradanie, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 198406062015042001

Pembimbing II



Iqlima Dwi Kurnia, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 198601252016113201

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

Lembar Surat Pernyataan Penguji

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR YANG BERTHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KUNJUNGAN ULANG PASCA PEMASANGAN IUD BERDASARKAN
HEALTH BELIEF MODEL (HBM) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
PUCANG SEWU SURABAYA

Oleh :
Irsa Alfiani
NIM. 131411131003

Telah diuji
Pada tanggal, 31 Juli 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : Tiyas Kusumaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep ()
NIP. 198307032014042001

Anggota : 1. : Retnayu Pradanie, S.Kep.,Ns.,M.Kep ()
NIP. 198406062015042001

2. Iqlima Dwi Kurnia, S.Kep.,Ns.,M.Kep ()
NIP. 198601252016113201

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi berjudul Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Kunjungan Ulang Pasca Pemasangan IUD Berdasarkan *Health Belief Model* (HBM) Di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya. Penulisan skripsi merupakan rangka dalam memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bantuan dan bimbingan berbagai pihak sangatlah berarti bagi saya guna menyelesaikan skripsi ini. Bersama dengan ini saya ucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Ibu Retnayu Pradanie, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan masukan sehingga skripsi ini dapat saya selesaikan dengan baik.
4. Ibu Iqlima Dwi Kurnia, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, arahan, bantuan ilmu, informasi dan motivasi dalam penulisan skripsi ini.
5. Ibu Tiyas Kusumaningrum, S.Kep.Ns., M.Kep selaku dosen penguji proposal dan skripsi yang telah memberikan banyak arahan dalam perbaikan skripsi sehingga dapat terlaksana dan disajikan dengan baik.
6. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes selaku dosen penguji proposal Fakultas Keperawatan yang telah meluangkan waktu untuk memberikan saran, bimbingan dan masukan sehingga penulisan skripsi ini menjadi lebih baik.
7. Kepala Kantor Badan Kesatuan Bangsa Politik Kota Surabaya, Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Kepala Puskesmas Pucang Sewu Surabaya yang telah memberikan ijin kepada saya untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya.
8. Petugas Puskesmas Pucang Sewu Surabaya yang telah memfasilitasi saya dalam proses pengambilan data penelitian
9. Bidan Dian, Amd. Keb yang telah membantu selama proses pengumpulan data awal penelitian
10. Seluruh responden penelitian yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.
11. Kedua orang tua saya, Bapak Koderi dan Almh Ibu Nur Rikhah yang selalu memberikan kasih sayang, doa dan dukungan selama menempuh pendidikan di perguruan tinggi.

12. Adik saya, Suci Ainur Risa yang telah memberikan semangat dan dukungan selama menyusun skripsi ini.
13. Saudara-saudara saya Nur Rahma Wati, Ahhmad Syariel Afandi, dan Vinny Marzya Annafi yang telah memberikan semangat, dukungan dan bantuan selama menyusun skripsi ini.
14. Seluruh keluarga besar yang telah memberikan dukungan dan doa dalam penyusunan skripsi ini.
15. Moch. Arif Nofriansyah yang telah memberikan semangat, doa, dan dukungan selama proses penyusunan skripsi.
16. Sahabat-sahabat saya, Neviah Ratri Indriani, Desy Ratna Sari, Natalia Haris Krisprimada, dan Shanti Indah Lestari yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama proses penyusunan skripsi ini.
17. Teman-teman satu bimbingan skripsi Thaliah Jihan, Agustin, Evi, dan Elyta yang saling memberikan doa dan semangat selama penyusunan skripsi.
18. Teman-teman seperjuangan Program Studi Pendidikan Ners Angkatan 2014 (A14) atas kebersamaan menempuh pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
19. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang selama ini terlibat dan turut membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah member kesempatan, dukungan, ilmu, dan juga bantuan yang lain dalam menyelesaikan skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun penulisannya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan para pembaca pada umumnya.

Surabaya, 24 Juli 2018
Penulis,

Irsa Alfiani

ABSTRACT

**ANALYSIS FACTORS RELATED TO BEHAVIOR OF FOLLOW UP VISIT
AFTER IUD INSERTION BASED ON HEALTH BELIEF MODEL THEORY**

CROSS-SECTIONAL RESEARCH

By : Irsa Alfiani

IUD is effective, but it still has possibility of failure and complications. To prevent it, is needed to follow-up visit regularly.

This research used a cross-sectional approach. The population of IUD users who had follow-up visit and new IUD users at Puskesmas Pucang Sewu Surabaya on January 2017-March 2018. There were 101 respondents with total sampling techniques. The independent variables was perception and the dependent variable was behaviour of follow-up visit after IUD insertion. Data was collected by questionnaire and analyzed by using spearman rho test with significant level $\alpha \leq 0,05$.

The result informed, it had moderate correlation between the perceived susceptibility ($p=0,000$, $r=0,454$) with the behavior in follow-up visit of IUD in the positive direction. Perceived seriousness ($p=0,000$, $r=0,392$) and perceived self-efficacy ($p=0,006$, $r=0,271$) had weak correlation to the behavior in follow-up visit of IUD in the positive direction. Perceived benefits ($r=0,735$) had high correlation with the behavior in follow-up visit of IUD in the positive direction and perceived barriers ($r= -0,631$) had high correlation in negative direction. Cues to action ($r=0,865$) had very strong correlation with the behavior in follow-up visit of IUD in the positive direction.

The higher of health belief model factors would increase the behavior of follow-up visit after IUD insertion. The future research is expected to develop health belief model factors to increase regular follow-up visit after IUD insertion.

Keyword: IUD, health belief model, follow-up visit.

Daftar Isi

Halaman Sampul Depan	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Lembar Surat Pernyataan	ii
Lembar Surat Persetujuan	iii
Lembar Surat Pernyataan Penguji	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Abstract	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Singkatan	xiv
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Perilaku	8
2.1.1 Definisi Perilaku.....	8
2.1.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku	9
2.1.3 Domain perilaku.....	9
2.1.4 Perilaku Kesehatan.....	15
2.2 Konsep IUD	16
2.2.1 Definisi IUD.....	16
2.2.2 Jenis IUD.....	17
2.2.3 Mekanisme Kerja IUD	18
2.2.4 Indikasi IUD.....	19
2.2.5 Kontraindikasi IUD	20
2.2.6 Efek Samping IUD	21
2.2.7 Komplikasi IUD	21
2.2.8 Kunjungan Ulang IUD	22
2.3 Konsep Health Belief Model (HBM).....	24

2.3.1 Perkembangan HBM.....	24
2.3.2 Definisi HBM.....	27
2.3.3 Komponen HBM.....	28
2.4 Keaslian Penelitian.....	34
BAB 3.....	37
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	37
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	37
3.2 Hipotesis Penelitian.....	39
BAB 4.....	41
METODE PENELITIAN.....	41
4.1 Desain Penelitian.....	41
4.2 Populasi, Sampel dan Teknik <i>Sampling</i>	41
4.2.1 Populasi.....	41
4.2.2 Sampel.....	42
4.2.2 Teknik <i>Sampling</i>	42
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel	42
4.3.1 Variabel independen.....	42
4.3.2 Variabel dependen.....	42
4.3.3 Definisi operasional variabel.....	43
4.4 Instrumen Penelitian.....	45
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	50
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas	50
4.6.1 Uji Validitas	50
4.6.1 Uji Reliabilitas	52
4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	53
4.8 Analisis Data	55
4.9 Kerangka Operasional.....	57
4.10 Masalah Etik.....	57
4.11 Keterbatasan Penelitian.....	59
BAB 5.....	60
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	60
5.1 Hasil Penelitian	60
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	61
5.1.2 Karakteristik demografi responden.....	62
5.1.4 Hubungan <i>perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, perceived self efficacy, perceived barriers, cues to action</i> dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.....	63
5.2 Pembahasan.....	67

5.2.1 Hubungan <i>perceived susceptibility</i> dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD	67
5.2.2 Hubungan <i>perceived seriousness</i> dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD	70
5.2.3 Hubungan <i>perceived benefits</i> dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD	73
5.2.4 Hubungan <i>perceived self efficacy</i> dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD	75
5.2.5 Hubungan <i>perceived barriers</i> dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD	76
5.2.6 Hubungan <i>cues to action</i> dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD	78
BAB 6.....	81
KESIMPULAN DAN SARAN.....	81
6.1 Kesimpulan	81
6.2 Saran.....	82

Daftar Gambar

Gambar 2.1 Teori Health Belief Model.....	33
Gambar 2.2 Teori Health Belief Model.....	34
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	37
Gambar 4.1 Kerangka Operasional.....	56

Daftar Tabel

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian	35
Tabel 4.1 Definisi Operasional	43
Tabel 4.2 Blue Print Perceived Susceptibility	46
Tabel 4.3 Blue Print Perceived Seriousness	47
Tabel 4.4 Blue Print Perceived Benefits	48
Tabel 4.5 Blue Print Perceived Barriers	48
Tabel 4.6 Blue Print Perceived Self Efficacy	49
Tabel 4.7 Blue Print Cues to action	49
Tabel 4.8 <i>Blue Print</i> Perilaku Kunjungan.....	50
Tabel 5.1 Karakteristik demografi responden	61
Tabel 5.2 Cross tabulation hubungan perceived susceptibility	68
Tabel 5.3 Cross tabulation hubungan perceived seriousness.....	68
Tabel 5.4 Cross tabulation hubungan perceived benefits	69
Tabel 5.5 Cross tabulation hubungan perceived self efficacy	69
Tabel 5.6 Cross tabulation hubungan perceived barriers.....	70
Tabel 5.7 Cross tabulation hubungan cues to action	71

Daftar Lampiran

Lampiran 1 Surat ijin penelitian	89
Lampiran 2 Surat Uji Etik	91
Lampiran 3 Surat Selesai Penelitian	92
Lampiran 4 Lembar Penjelasan Responden	93
Lampiran 5 Lembar Informed Consent	96
Lampiran 6 Kuesioner Data Demografi	97
Lampiran 7 Kuesioner HBM perilaku kunjungan ulang IUD	98
Lampiran 8 Persentase variabel	103
Lampiran 9 <i>Cross Tabulation</i> data demografi	108
Lampiran 10 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas	110
Lampiran 11 Distribusi Faktor HBM	113
Lampiran 12 Hasil Uji Spearmen Rho	117
Lampiran 13 Hasil Data Demopografi	120

Daftar Singkatan

AKDR	: Alat Kontrasepi Dalam Rahim
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
FPA	: <i>Family Planning Assosiation</i>
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
KB	: Keluarga Berncana
PID	: <i>Pelvic Inflammatory Disease</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Intra Uterine Device (IUD) merupakan alat kontrasepsi yang dapat diandalkan dan hemat biaya serta merupakan metode kontrasepsi reversibel yang paling umum digunakan di seluruh dunia. Menurut WHO tahun 1987, IUD memiliki keuntungan yang signifikan bila dibandingkan dengan kontrasepsi oral dalam hal keamanan dan kemanjuran (Tsikouras *et al.*, 2014). Menurut WHO tahun 2015 (Fadiloglu *et al.*, 2018). Efek samping yang terkait dengan penggunaan IUD yang paling sering yaitu kram panggul, dismenore, periode menstruasi yang berat, bercak dan pengeluaran (*expulsing*) IUD sehingga dapat menyebabkan penghentian metode KB IUD. Komplikasi yang dapat terjadi pada pengguna IUD adalah pengeluaran (*expulsion*) IUD, perforasi uterine, nyeri, kehamilan ektopik, penyakit radang panggul (Crosignani, 2008). Perkiraan kegagalan yang dapat terjadi pada pemakaian IUD yaitu 1 – 3 kehamilan per seratus wanita per tahun. Adanya beberapa efek samping, komplikasi, dan kegagalan dari penggunaan KB IUD, diperlukan *follow up post insersi* IUD yang dilakukan 2 minggu setelah pemasangan, 1 bulan berikutnya, kemudian 6 bulan – 1 tahun sekali yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kegagalan, efek samping, dan komplikasi dari IUD (Hartanto, 2007). Hasil beberapa penelitian menunjukkan bahwa tingkat kunjungan ulang pasca pemasangan IUD masih rendah dan masih tingginya angka kegagalan dan komplikasi dari penggunaan IUD.

Data Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menunjukkan bahwa pada tahun 2013 di Indonesia ada sebesar 658.632 (7,75%) peserta menggunakan metode kontrasepsi IUD (Kemenkes, 2014). Sementara, peserta KB aktif di Surabaya pada tahun 2015 paling banyak memilih metode kontrasepsi jangka panjang jenis IUD sebesar 7,36%, sedangkan peserta KB baru di Surabaya pada tahun 2015, paling banyak memilih metode kontrasepsi jangka panjang jenis IUD sebesar 5,56% (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2015).

Selama tahun 2013, BKKBN mencatat ada 3.287 kegagalan pada KB. Jumlah terbesar terjadi pada metode kontrasepsi IUD atau Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) dengan 1.513 (46,03%) kejadian kegagalan. Sementara untuk komplikasi berat, dari total 2.548 kejadian komplikasi berat, 1.025 (40,23%) kejadian terjadi pada metode IUD (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Puskesmas Pucang Sewu Surabaya pada tanggal 16 April 2018, didapatkan hasil wawancara dengan 5 pengguna IUD di wilayah Pucang Sewu Surabaya bahwa 3 dari 5 pengguna IUD tidak melakukan kunjungan ulang secara rutin pasca pemasangan IUD, sedangkan 1 orang melakukan hanya saat awal pasca pemasangan dan 1 lainnya melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Selain hasil studi pendahuluan berupa wawancara, didapatkan juga hasil data pengguna KB aktif IUD hingga bulan April 2018 sebanyak 891 orang, sedangkan hanya ada 27 orang (3%) yang melakukan kunjungan ulang dengan jumlah efek samping yang terjadi sebanyak 10 orang (1,122%) mengalami erosi. Sedangkan menurut data tahun 2017, di Puskesmas Pucang Sewu terdapat pengguna aktif KB IUD sebanyak 867 orang, namun hanya terdapat 109 orang (12,5%) yang melakukan

kunjungan ulang dengan jumlah kegagalan sebanyak 1 orang (0,19%) mengalami kehamilan dan kejadian efek samping sebanyak 32 orang (3,691%) yaitu mengalami spotting (2 orang), amenore (1 orang), dan erosi (29 orang).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Luh Putu Suseni Ariati, 2016, yang menemukan bahwa tingkat kunjungan ulang pasca pemasangan IUD di Puskesmas I Denpasar Timur tahun 2015 masih rendah, yaitu terdapat hanya 48 orang (33,8%) akseptor baru IUD yang melakukan kunjungan ulang dari jumlah keseluruhan 142 akseptor dan terdapat 14 akseptor (9,85%) yang mengalami efek samping dan komplikasi. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Suparwati Ratna, Lulut Sasmito, Misiyem, 2013, bahwa akseptor KB IUD di Desa Mangaran Kecamatan Ajung Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur yang melakukan kunjungan ulang sebanyak 100 orang dari 154 orang, sedangkan 54 orang tidak pernah melakukan kunjungan ulang dengan angka kegagalan IUD sebanyak 2 orang. Disebutkan dalam hasil penelitian tersebut bahwa akseptor KB IUD merasa senang dengan adanya konseling tentang kunjungan ulang pasca pemasangan IUD, tetapi masih tidak melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD karena tidak ada keluhan yang dirasakan dan beberapa akseptor masih beranggapan bahwa kunjungan ulang pasca pemasangan IUD tidak terlalu penting dan tidak bermanfaat. Menurut penelitian yang dilakukan oleh BKKBN tahun 2010 (Suparwati, Sasmito and Misiyem, 2013) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan IUD, ditemukan bahwa beberapa akseptor IUD melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan dan sisanya tidak melakukan kunjungan ulang dengan alasan tidak mendapatkan anjuran dari petugas kesehatan, tidak memiliki pengetahuan tentang kunjungan ulang, dan tidak

mengalami masalah atau keluhan. *Follow up post insersi* IUD yaitu dilakukan 2 minggu setelah pemasangan, 1 bulan berikutnya, kemudian 6 bulan – 1 tahun sekali (Hartanto, 2007). Pemeriksaan klinis pada pasien dengan IUD biasanya terdiri dari pemeriksaan pelvis dan konsultasi terkait masalah yang dialami. Anggapan masyarakat tentang tidak diperlukannya kunjungan ulang pasca pemasangan IUD mungkin bisa menjadi salah satu faktor penyebab masih tingginya angka kegagalan dan kejadian komplikasi berat pada pengguna KB IUD di Indonesia. Kunjungan ulang pasca pemasangan IUD sangat penting bagi akseptor KB IUD untuk mencegah terjadinya kegagalan, efek samping, dan komplikasi penggunaan IUD. Dalam hal ini, petugas kesehatan berkewajiban memberikan informasi secara jelas mengenai KB yang digunakan oleh akseptor, selain itu petugas kesehatan juga memiliki peran untuk memberikan konseling saat kunjungan ulang untuk memastikan bahwa akseptor KB tidak memiliki keluhan mengenai kontrasepsi yang digunakannya (Saifuddin, 2010).

Meningkatkan keaktifan akseptor KB IUD untuk melakukan kunjungan ulang merupakan hal yang sangat penting guna mengurangi angka kegagalan dan terjadinya efek samping maupun komplikasi berat yang kemungkinan dapat terjadi. Berdasarkan penelitian sebelumnya, sikap kunjungan ulang pasca pemasangan IUD dipengaruhi oleh adanya pengetahuan dan minat (Suharti, 2010). “Minat ini mempunyai kecenderungan mempengaruhi perilaku individu dalam aktivitas tertentu” (Guilford, 1956; Jories, 1963, dalam Suharti, 2010). Teori yang digunakan untuk mengungkap perbedaan yang ada dalam perilaku kesehatan preventif sekaligus perbedaan dalam penggunaan pelayanan kesehatan preventif yaitu *Health Belief Model* (Jean K Langlie, 1977). Model kepercayaan

ini mencakup lima unsur utama menurut Rosenstock (1982), persepsi individu tentang kemungkinan terkena suatu penyakit (*perceived susceptibility*), pandangan individu tentang beratnya penyakit tersebut (*perceived seriousness*), makin dirasakan besar ancamannya (*perceived threats*), menunjukkan *perceived benefits* dan *barriers* dari tindakan yang dianjurkan, diperlukan satu unsur lagi yaitu faktor pencetus (*cues to action*) (Alhamda, 2015). Tujuan dari *Health Belief Model* (HBM) yang membahas perilaku kesehatan preventif tersebut sesuai dengan tujuan dilakukannya kunjungan ulang pasca pemasangan IUD, yaitu untuk mencegah terjadinya kegagalan, efek samping, dan komplikasi penggunaan IUD. Permasalahan yang telah diuraikan di atas membuat peneliti tertarik untuk meneliti faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD berdasarkan *Health Belief Model*.

1.2 Rumusan Masalah

Faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD berdasarkan *Health Belief Model* (HBM) di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan faktor yang berhubungan dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD berdasarkan *Health Belief Model* (HBM) di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan faktor *perceived susceptibility* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

2. Menganalisis hubungan faktor *perceived seroiusness* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.
3. Menganalisis hubungan faktor *perceived benefits* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.
4. Menganalisis hubungan faktor *perceived barriers* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.
5. Menganalisis hubungan faktor *perceived sel efficacy* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD
6. Menganalisis hubungan faktor *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Penelitian ini dapat menjadi acuan bagi penelitian berikutnya, terutama tentang kunjungan ulang pasca pemasangan IUD
2. Dapat mendukung perkembangan ilmu keperawatan terkait kontrasepsi IUD

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Tenaga Kesehatan
Hasil penelitian ini dapat menjadi pertimbangan dalam program penyuluhan untuk mengajak pengguna KB IUD melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD sesuai jadwal.

2. BKKBN

Hasil penelitian ini sebagai masukan dalam rangka meningkatkan partisipasi pengguna IUD dalam melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

3. Akseptor KB IUD

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan tentang manfaat dan pentingnya kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

4. Bagi Penelitian selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi sumber informasi dalam pertimbangan penyusunan penelitian yang berkaitan dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perilaku

2.1.1 Definisi Perilaku

Perilaku merupakan terjemahan dari bahasa Inggris “*behavior*” dan biasa digunakan dalam bahasa sehari-hari. Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Menurut Skinner (Notoadmodjo, 2007) perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespons. Perilaku juga diartikan sebagai tindakan atau kegiatan yang ditampilkan oleh seseorang dalam berhubungan dengan orang lain dan lingkungan yang ada di sekitarnya.

Dari segi biologis, perilaku diartikan sebagai kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh organism (makhluk hidup), sehingga semua makhluk hidup (tumbuhan, binatang, manusia) memiliki perilaku sesuai kegiatan masing-masing (Notoadmodjo, 2007). Perilaku manusia merupakan segala kegiatan manusia yang secara langsung diamati atau tidak oleh orang lain. Perilaku adalah hasil dari pengalaman dan proses interaksi manusia dengan lingkungannya dan terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan sehingga didapatkan keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Adanya ketidakseimbangan kekuatan dalam diri seseorang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang (Maulana, 2007).

2.1.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku

Perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu (Notoadmodjo, 2010a):

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang mendasari adanya perubahan perilaku yang menyediakan pemikiran rasional atau motivasi terhadap suatu perilaku. Faktor predisposisi ini meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai, dan lainnya.

2. Faktor pendukung

Faktor pendukung merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi adanya perilaku individu atau organisasi yang meliputi tindakan ataupun ketrampilan. Faktor pendukung ini diataranya faktor ketersediaan, keterjangkauan sumber daya pelayanan kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat dan pemerintah, serta tindakan yang ada kaitannya dengan kesehatan.

3. Faktor pendorong

Faktor pendorong merupakan faktor yang mendorong atau memperkuat suatu perilaku. Faktor ini memberikan penghargaan terhadap keberlangsungan atau ketekunan perilaku. Faktor pendorong ini meliputi adanya peran dari tokoh masyarakat, petugas kesehatan, guru, keluarga, dan lainnya.

2.1.3 Domain perilaku

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar), namun pemberian respon sangat dipengaruhi oleh karakteristik atau adanya faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal tersebut

menunjukkan bahwa respon tiap orang berbeda-beda meskipun mendapat stimulus yang sama. Faktor yang membedakan antara respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dibedakan menjadi dua, yaitu (Notoadmodjo, 2007):

1. Determinan atau faktor internal

Karakteristik manusia yang bersifat bawaan (*given*), seperti: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan lainnya.

2. Determinan atau faktor eksternal

Faktor eksternal ini yaitu lingkungan, yang terdiri dari lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan lainnya. Faktor lingkungan dianggap sebagai faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku adalah totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* terhadap berbagai faktor, yang meliputi faktor internal atau faktor eksternal. Dengan kata lain perilaku manusia bersifat sangat kompleks, yang mempunyai bentangan sangat luas. Seorang ahli psikologi pendidikan, Benyamin Bloom tahun 1908, membagi perilaku manusia menjadi 3 (tiga) domain, ranah, atau kawasan, yaitu: kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Teori Bloom ini berkembang dan dimodifikasi sebagai pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, hal ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengindraan ini terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Hampir sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan

telinga. Pengetahuan adalah domain yang sangat penting terhadap pembentukan tindakan seseorang (*overt behavior*).

Dalam Notoatmodjo (2007), dituliskan penelitian Rogers (1974) yang menyatakan bahwa sebelum seseorang melakukan adopsi terhadap perilaku baru (berperilaku baru), terdapat proses berurutan yang terjadi dalam diri orang tersebut, yaitu:

1. *Awareness* (keasadaran), bahwa orang tersebut terlebih dahulu menyadari atau mengetahui stimulus (objek).
2. *Interest*, yaitu orang mulai memiliki ketertarikan terhadap stimulus.
3. *Evaluation*, melakukan pertimbangan baik atau tidaknya stimulus terhadap dirinya. Hal ini menunjukkan bahwa sikap responden sudah lebih baik.
4. *Trial*, yaitu seseorang sudah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, yaitu subjek telah berperilaku baru berdasarkan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rogers, disimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak harus selalu melewati tahapan diatas. Jika penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku yang dihasilkan akan bertahan lama (*long lasting*). Namun, jika perilaku tidak didasari pengetahuan dan kesadaran, maka perilaku yang dihasilkan tidak akan bertahan lama.

Terdapat 6 tingkatan pengetahuan dalam domain kognitif, yaitu (Notoadmodjo, 2007):

- 1) Tahu (*know*)

Tahu adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini yaitu mengingat kembali (*recall*) sesuatu secara spesifik dari keseluruhan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah kemampuan menjelaskan dengan benar mengenai objek yang diketahui dan dapat melakukan interpretasi materi tersebut dengan benar.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari dalam kondisi sebenarnya.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen, namun masih dalam satu struktur organisasi, dan masih berkaitan satu dan lainnya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian ke dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu.

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah suatu reaksi atau respon tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung terlihat, namun dapat ditafsirkan

dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi terhadap adanya kesesuaian antara reaksi dengan stimulus tertentu. Kondisi kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap juga diartikan sebagai kesiapan dalam bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, namun merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Lebih jelasnya menurut Notoadmodjo (2007), sikap adalah reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Sikap memiliki 4 tingkatan dari yang terendah sampai tertinggi (Notoadmodjo, 2007):

1) Menerima (*receiving*)

Menerima adalah subjek (orang) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misal sikap orang mengenai gizi yang dilihat dari kesediaan dan perhatian yang diberikan terhadap ceramah-ceramah.

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban ketika ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan merupakan suatu indikasi dari sikap. Dengan adanya usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas diberikan, terlepas dari benar atau salahnya pekerjaan tersebut, dapat diartikan bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Indikasi dari tingkatan sikap yang ketiga ini adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah dengan orang lain.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab dan siap menanggung resiko atas sesuatu yang dipilihnya adalah sikap individu pada tingkatan ini.

3. Praktik atau tindakan (*Practice*)

Menurut Notoadmodjo (2007), suatu sikap belum selalu terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*). Dalam mewujudkan sikap menjadi suatu perbedaan nyata dibutuhkan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, yaitu fasilitas. Selain faktor fasilitas, diperlukan juga faktor dukungan (*support*) dari pihak lainnya, misal suami atau istri, orang tua atau mertua yang sangat penting dalam praktik keluarga berencana.

Terdapat 4 tingkatan pada praktik atau tindakan, yaitu(Notoadmodjo, 2010a):

1) Persepsi (*perception*)

Praktek tingkat utama adalah mengenal dan memilih berbagai objek yang berhubungan dengan tindakan yang akan diambil.

2) Respon terpimpin (*guided response*)

Praktek tingkat kedua adalah dapat melakukan sesuatu sesuai urutan yang benar dan sesuai contoh.

3) Mekanisame (*mechanism*)

Praktek tingkat ketiga adalah jika seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar dan otomatis, atau sesuatu tersebut sudah menjadi kebiasaan.

4) Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi merupakan suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Dapat diartikan bahwa tindakan tersebut sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.1.4 Perilaku Kesehatan

Menurut Skinner, perilaku kesehatan merupakan respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang ada kaitannya dengan sehat-sakit, penyakit dan faktor yang mempengaruhi kesehatan, misalnya pelayanan kesehatan, makanan, minuman, dan lingkungan (Notoadmodjo, 2010). Dari pengertian yang disebutkan diatas, perilaku kesehatan merupakan segala sesuatu yang dilakukan yang memiliki tujuan dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan.

Kategori perilaku kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu (Notoadmodjo, 2007):

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*)

1) Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan apabila dinyatakan sembuh dari penyakit. Perilaku pencegahan ini adalah bentuk respon dalam melakukan pencegahan penyakit, termasuk di dalamnya perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.

2) Perilaku peningkatan kesehatan

Hal ini berlaku jika seseorang dalam kondisi yang sehat. Maksud dari hal ini yaitu bahwa kesehatan sangatlah dinamis dan relative, oleh sebab itu orang dalam kondisi yang sehat juga perlu untuk diupayakan untuk mencapai derajat kesehatan yang seoptimal mungkin.

3) Perilaku gizi (makanan dan minuman)

Makanan dan minuman berperan dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan seseorang, namun makanan dan minuman dapat pula menjadi penyebab terhadap menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat menyebabkan munculnya penyakit. Hal tersebut sangat bergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman yang dikonsumsinya.

2. Perilaku pencarian pengobatan (*Health seeking behavior*)

Perilaku ini menyangkut upaya atau tindakan seseorang saat menderita suatu penyakit dan atau sedang mengalami kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari upaya untuk melakukan pengobatan secara mandiri hingga mencari bantuan pengobatan yang lebih baik.

3. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*Environmental health behavior*)

Perilaku ini merupakan bagaimana seseorang dalam merespons lingkungan (lingkungan fisik, sosial budaya, dan lainnya). Dengan maksud agar lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

2.2 Konsep IUD

2.2.1 Definisi IUD

IUD adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan kedalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif (Handayani, 2010)

Menurut BKKBN, IUD adalah kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.

2.2.2 Jenis IUD

Metode kontrasepsi menurut Nilakusumawati (2012) dan Saifuddin (2013) IUD dapat dibedakan menjadi 4 jenis (Putri *et al.*, 2016), yaitu :

1. *Cooper-T*

Kontrasepsi berbahan polietilen yang bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Kontrasepsi IUD ini berbentuk seperti huruf T.

2. *Cooper-7*

Kontrasepsi AKDR yang berbentuk angka 7. IUD ini dililit kawat tembaga seluas 200mm². Bentuk 7 ini memudahkan saat pemasangan kontrasepsi.

3. *Multi Load*

IUD berbentuk sayap yang fleksibel dengan panjang 3,6 cm. Kawat tembaga yang melilit IUD ini seluas 256cm² atau 375mm². Ada 3 macam ukuran IUD multi load, yaitu ukuran standart, small dan mini.

4. *Lippes Loop*

IUD berbentuk huruf S bersambung atau biasa disebut spiral. Angka kegagalan IUD spiral ini sangat rendah dan merupakan kontrasepsi IUD yang paling banyak digunakan. Ada 4 jenis IUD spiral ini, yaitu

- 1) Tipe A : benang biru, ukuran 25mm.
- 2) Tipe B : benang hitam, ukuran 27,5mm.
- 3) Tipe C : benang kuning, ukuran 30mm.

4) Tipe D : benang putih dan tebal, ukuran 300mm.

IUD juga dapat dibedakan menjadi 2 menurut kandungan hormonnya(Heinemann *et al.*, 2015), yaitu :

1. *Cooper* IUD (Cu-IUD)

Merupakan IUD yang tidak mengandung hormon. IUD ini mengandung tembaga untuk mencegah bertemunya ovum dengan sperma.

2. *Levonorgestrel-releasing* IUD (LNG-IUD)

Merupakan IUD dengan kandungan hormone untuk mencegah kehamilan.

Jenis-jenis IUD lainnya menurut Miller (2013) yaitu:

1. Copper T 380A

"T" berbentuk perangkat plastik dengan tembaga melilit batang vertikal dan lengan horizontal. Efektif hingga 10 tahun.

2. Progesterone T

Perangkat plastik berbentuk "T" dengan reservoir steroid pada batang vertikal yang mengandung progesteron. Sebanyak 65 mcg progesterone dilepaskan setiap hari ke dalam rongga uterus. Efektif selama 1 tahun.

3. *Levonorgestrel* Intrauterine System (LNG IUS)

Bingkai plastik berbentuk "T" dengan reservoir steroid pada batang vertikal yang mengandung levonorgestrel. Sebanyak 20 mcg levonorgestrel dilepaskan setiap hari ke dalam rongga uterus. Efektif hingga 5 tahun.

2.2.3 Mekanisme Kerja IUD

Fertilitas dicegah dengan mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopi (mempengaruhi motilitas) dan menghalangi perkembangan ovum (Dennis, J., Trainee, C. G., Centres, A., & Health, 2007). Adanya tembaga menurut pada

mucus serviks dapat menghambat bertemunya sel sperma dengan sel ovum (French, 2015).

Adanya kontrasepsi IUD dalam uterus menurut Stanford (2002) akan membuat suasana yang tidak mendukung untuk kehidupan ovum dan sperma, yaitu dengan meningkatkan pelepasan prostaglandin dan leukosit dari endometrium. Tembaga dalam IUD sendiri memiliki sifat spermatisitik sehingga dapat mencegah kehamilan (Ganer *et al.*, 2009a)

2.2.4 Indikasi IUD

Indikasi pemasangan IUD (Sofian, 2015), adalah sebagai berikut:

1. Sudah mempunyai anak hidup 1/ lebih
2. Berencana menjarangkan kehamilan
3. Merasa jumlah anak sudah cukup tetapi takut memakai metode kontrasepsi mantap.
4. Memiliki masalah dengan metode hormonal
5. Usia >35 tahun

IUD merupakan alat kontrasepsi yang cocok untuk pengguna kontrasepsi dengan kriteria sebagai berikut:

1. Pasca aborsi

IUD dapat menjadi pilihan utama kontrasepsi bagi wanita pasca aborsi. Terkadang pemasangan IUD sering ditunda hingga kunjungan lanjut yang direncanakan (Salcedo, Sorensen and Rodriguez, 2013).

2. Wanita menyusui

IUD merupakan alat kontrasepsi yang aman digunakan untuk wanita menyusui yang ingin menggunakan alat kontrasepsi. Penggunaan

AKDR terbukti tidak mempengaruhi proses menyusui dan pertumbuhan bayi. Kontrasepsi copper IUD dan lenovorgerstrel relasing IUD telah terbukti aman dan sangat efektif digunakan oleh ibu menyusui (Heinemann *et al.*, 2015).

3. Wanita post partum

IUD terbukti aman digunakan wanita pada periode postpartum (Kapp and Curtis, 2009).

2.2.5 Kontraindikasi IUD

Menurut WHO, berikut ini adalah kontraindikasi IUD kategori 4 (Miller, 2013):

1. Diketahui / dicurigai hamil
2. Saat ini mengalami PID atau dalam 3 bulan terakhir
3. Rongga uterus sangat terdistorsi: leiomyomata, polip endometrium, stenosis serviks, uterus bikornu, uterus kecil
4. Perdarahan vagina yang tidak dapat dijelaskan sebelum evaluasi
5. Kanker serviks yang sedang menjalani perawatan
6. Kanker payudara
7. Kanker endometrium

Sedangkan kondisi yang beresiko untuk penggunaan IUD menurut WHO kategori 3 (Miller, 2013):

1. Meningkatnya resiko pada STD - banyak pasangan, pasangan dengan banyak pasangan
2. AIDS
3. Hepatitis aktif, chirrosis berat, tumor hati jinak / ganas (LNG IUS saja)

Kontra indikasi lain untuk penggunaan IUD (Milton, 2016):

1. Kehamilan
2. Perubahan/penyimpangan anatomi uterus secara signifikan
3. Perdarahan vagina yang tidak dapat dijelaskan terkait kehamilan atau keganasan panggul
4. Gestational trophoblastic disease dengan level gonadotropin beta-human chorionic yang terus meningkat
5. Adanya infeksi panggul

2.2.6 Efek Samping IUD

Efek samping IUD berdasarkan WHO 2015 (Fadiloglu *et al.*, 2018):

1. Kram panggul
2. Dismenore
3. Periode menstruasi yang berat
4. Bercak (*spotting*)
5. Pengeluaran (*expulsing*) IUD

2.2.7 Komplikasi IUD

Komplikasi yang dapat terjadi pada pengguna IUD adalah (Crosignani, 2008)

1. Perforasi uterine

Perforasi uteri terjadi 0,87 per 1000 insersi. AKDR dapat menembus dinding uteri ke dalam rongga pelvis, rongga perut dan organ yang berdekatan. Penatalaksanaan jika terjadi perforasi uteri adalah operasi pengangkatan IUD. Perforasi merupakan efek samping yang jarang terjadi terkait pemasangan AKDR. Heartwell, et all menemukan

peningkatan 10 kali lipat kejadian perforasi pada wanita menyusui (Heinemann *et al.*, 2017).

2. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik menurut Furlong (2002) merupakan salah satu komplikasi yang sangat diperhatikan (Ganer *et al.*, 2009b)

3. Kehamilan dengan IUD

Kehamilan dengan AKDR merupakan hal yang mungkin terjadi pada pengguna alat kontrasepsi AKDR. Hal ini bisa disebabkan oleh malposisi AKDR atau bahkan hilangnya AKDR dari uteri (Moschos and Twickler, 2011).

4. *Pelvic Inflammatory Disease* (PID)

PID tidak terbukti pasti disebabkan oleh AKDR. Namun, prosedur pemasangan AKDR dapat meningkatkan resiko terjadinya PID. PID merupakan penyakit langka yang dapat terjadi pada wanita dengan durasi lama penggunaan AKDR. Penyakit ini dapat didiagnosis dan diobati dengan operasi. Penisilin dalam jangka lama juga efektif untuk mengobati *actinomycosis* (Westhoff, 2007).

2.2.8 Kunjungan Ulang IUD

Menurut FPA (*Family Palnning Association*) tahun 2017, kunjungan IUD dilakukan 3-6 minggu setelah pemasangan. Kunjungan ulang juga dapat dilakukan jika memiliki masalah, pertanyaan atau keinginan untuk melepas IUD.

Jadwal kunjungan ulang yaitu, dua minggu setelah pemasangan, satu bulan setelah pemeriksaan pertama, tiga bulan setelah pemeriksaan kedua, dan setiap enam bulan sampai satu tahun (Manuaba, 1998).

Kunjungan ulang setelah pemasangan IUD sangat disarankan karena bertujuan jika timbul masalah atau efek samping agar bisa segera ditangani (Varney, 2006). Jadwal untuk melakukan kunjungan ulang yaitu satu minggu pasca pemasangan, satu bulan pertama pasca pemasangan dikarenakan pada bulan pertama pasca pemasangan kemungkinan IUD terlepas secara spontan lebih tinggi, setelah itu tiba bulan kemudian, enam bulan berikutnya, satu tahun sekali, dan jika terjadi keterlambatan haid seminggu serta perdarahan yang banyak dan tidak teratur (Handayani, 2010).

Waktu untuk kunjungan ulang pasca pemasangan IUD dilakukan setelah periode menstruasi selanjutnya atau 3-6 minggu insersi atau pengguna kontrasepsi IUD mengalami efek samping seperti nyeri dan perdarahan abnormal (French, 2015). Efek samping yang mengharuskan akseptor IUD melakukan kunjungan ulang ke pelayanan kesehatan segera yaitu terlambat datang bulan, merasa sakit dibawah perut/ vagina saat berhubungan seksual, keputihan yang parah (cairan berbau busuk dari vagina), tidak enak badan (demam, menggigil), tali IUD hilang/ lebih pendek/lebih panjang dan ketika berhubungan seksual, pasangan merasakan adanya IUD (bukan hanya tali saja) (Maulana, 2009).

Kunjungan ulang dijadwalkan setiap tiga bulan setelah pemasangan IUD selama 12 bulan. Dalam kunjungan ulang dilakukan evaluasi terkait pendarahan, efek samping, dan masalah medis yang pada penggunaan IUD (Tsikouras *et al.*, 2014).

Kunjungan ulang setelah menstruasi pertama dianjurkan karena bulan pertama menjadi periode dengan risiko tertinggi perubahan posisi dan ekspulsi spontan. Konsultasi ginekologi dan pemeriksaan panggul, dikombinasikan dengan dengan

pemeriksaan sendiri, dapat digunakan untuk memastikan lokasi dari IUD. Karena alasan tersebut, pemasangan dan tindak lanjut dari IUD telah rutin dilakukan dalam praktek umum. Kunjungan ulang sebaiknya dilakukan 6 minggu setelah pemasangan (De Kroon *et al.*, 2003).

Pemeriksaan ulang dapat dilakukan akseptor IUD dan penyedia layanan KB. Pemeriksaan sendiri IUD dilakukan dengan merasakan adanya benang sewaktu haid atau dengan memasukkan jari telunjuk yang dicuci bersih untuk meraba ke dalam vagina. Jika ingin memeriksakan IUD ke penyedia layanan KB, akseptor IUD dapat datang ke klinik pelayanan KB. Pemeriksaan oleh penyedia layanan dilakukan dengan menggunakan speculum untuk melihat benang dan keadaan serviks atau dengan perabaan benang. (Sofian, 2015).

2.3 Konsep Health Belief Model (HBM)

2.3.1 Perkembangan HBM

HBM merupakan teori yang dikembangkan oleh Rosenstock pada tahun 1982. Rosenstock memercayai bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa memedulikan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau dengan pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut (Alhamda, 2015).

Health Belief Model awalnya dikembangkan oleh para peneliti di Dinas Kesehatan Umum AS pada akhir 1950-an. Pada saat itu, penekanan lebih ditempatkan pada program *screening* untuk pencegahan penyakit dan deteksi dini. Meskipun praktisi kesehatan masyarakat mendukung adanya *screening*, publik tidak terlalu menerima dijadikan bahan uji untuk penyakit yang mereka tidak memiliki gejalanya. Terutama pada kasus tuberkulosis (TB) (Hochbaum, 1958;

Rosenstock, 1960). Karena para peneliti adalah psikolog sosial, pendekatan yang mereka lakukan didasarkan pada gagasan bahwa perilaku adalah hasil dari bagaimana orang menjalani lingkungannya. Artinya, keyakinan atau persepsi individu adalah yang menentukan perilaku. Menggunakan ini sebagai dasar/pilar, itu beralasan bahwa agar orang-orang mengambil tindakan untuk mencegah penyakit yang tidak mereka miliki, atau untuk dilakukan screening / diuji terhadap penyakit yang mereka tidak mengalami gejalanya, kepercayaan atau persepsi tertentu tentang penyakit sangat diperlukan (Hayden, 2014).

Dalam perkembangannya, HBM menggunakan ketertarikan dalam kebiasaan seseorang dan sifat-sifat yang dikaitkan dengan perkembangan dari kondisi kronis, termasuk gaya hidup tertentu, seperti meroko, diet, olahraga, perilaku keselamatan, penggunaan alkohol, penggunaan kondom untuk pencegahan AIDS, dan gosok gigi. Penekanan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah diganti kontrol terhadap resiko, dan HBM telah diharapkan pada perilaku itu sendiri dan lebih penting untuk mencegah perubahan dalam perilaku. Perluasan HBM melebihi pencegahan, terjadi untuk keadaan kesakitan dan perilaku peran sakit (Maulana, 2007).

Becker pada tahun 1974 mengembangkan sebuah teori lapangan (Fieldtheory, 1954) menjadi model kepercayaan kesehatan (*health belief model*). Model kepercayaan ini merupakan bentuk penjabaran dari model sosio psikologis, model ini didasarkan pada kenyataan bahwa masalah kesehatan ditandai dengan adanya kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat dalam menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diadakan oleh provider, kegagalan

inilah yang akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (*preventif health behavior*) (Notoadmodjo, 2003).

Konsep utama HBM adalah perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang disediakan untuk menghindari penyakit. Terdapat lima unsure utama dalam teori HBM, *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived threats*, *perceived benefits* dan *barriers*, dan diperlukan faktor pencetus yaitu *cues to action* (Alhamda, 2015)

Berdasarkan HBM, kemungkinan individu melakukan tindakan kesehatan bergantung pada hasil dua keyakinan atau penilaian terhadap kesehatan (*health belief*) yaitu ancaman yang dirasakan (*perceived threats of illness or injury*) dan pertimbangan mengenai keuntungan dan kerugian (*perceived benefit and barrier*). Penilaian pertama, ancaman terhadap resiko yang akan terjadi ini tergantung pada sejauh mana seseorang berfikir tentang penyakit atau kesakitan yang benar-benar menjadi ancaman kepada dirinya. Penilaian terhadap ancaman yang dirasakan ini berdasarkan pada kerentanan ketidakkebalan atau keseriusan yang dirasakan serta tambahan untuk penilaian ancaman ini adalah adanya faktor pendukung dari luar berupa berbagai macam informasi atau nasihan tentang permasalahan kesehatan. Penilaian kedua yang dibuat adalah perbandingan antara manfaat atau keuntungan dan rintangan atau kerugian yang dirasakan terhadap usaha memutuskan untuk melakukan suatu tindakan kesehatan atau tidak. Ancaman, keseriusan, kerentanan, pertimbangan keuntungan dan kerugian dipengaruhi oleh variabel demografis, sosiopsikologis, dan struktural (Fitri, 2015).

2.3.2 Definisi HBM

Teori *health belief model* menganut konsep bahwa individu hidup pada lingkungan kehidupan sosial atau masyarakat. Teori HBM merupakan analisis berbagai faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat terhadap kesehatan (Notoadmodjo, 2010b). HBM merupakan perilaku pencegahan yang berkaitan dengan dunia medis dan mencakup berbagai perilaku, seperti *check up* pencegahan dan skrining, dan imunisasi (Maulana, 2007).

Health belief model (HBM) merupakan model yang berkaitan dengan kepercayaan dalam hal kesehatan. Model ini merupakan salah satu model pertama yang dirancang untuk mendorong penduduk melakukan tindakan ke arah kesehatan yang positif. Model ini menekankan “peranan persepsi kesrentanan terhadap suatu penyakit dan keefektifan potensial dalam pengobatan”. Dapat diartikan bahwa pendidikan kesehatan harus mempertimbangkan persepsi individu bahwa mereka rentan terhadap penyakit yang mengancam kesehatan mereka dan tindakan dari individu tersebut yang dapat mencegah ancaman dan memusnahkan penyakit yang mungkin menyerang (Maulana, 2007).

Konsep dasar dari HBM adalah bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan pribadi atau persepsi tentang suatu penyakit dan strategi yang tersedia untuk mengurangi kejadiannya (Hochbaum, 1958). Persepsi pribadi dipengaruhi oleh seluruh rentang faktor intrapersonal yang mempengaruhi perilaku kesehatan, termasuk, tetapi tidak terbatas pada: pengetahuan, keyakinan sikap, pengalaman, keterampilan, budaya, dan agama (Hayden, 2014).

2.3.3 Komponen HBM

Komponen HBM menurut Rosenstock (1974) adalah:

1. *Perceived susceptibility*

Keyakinan individu sangat bervariasi dalam penerimaan mereka terhadap kerentanan terhadap kondisinya. Seseorang dapat mengungkapkan perasaan bahwa ia berada dalam bahaya yang nyata terhadap kondisi tersebut. Singkatnya, seperti yang telah diukur, kerentanan mengacu pada risiko subjektif dari suatu kondisi (Rosenstock, 1974).

Perceived susceptibility merupakan persepsi individu tentang kemungkinan terkena suatu penyakit. Individu yang merasa dapat terkena penyakit tersebut akan lebih cepat merasa terancam (Alhamda, 2015). Persepsi kerentanan berdasar pada keyakinan tentang kemungkinan terkena penyakit atau kondisi. Selain itu, persepsi subjektif pemahaman seseorang terhadap kondisinya, dan resiko mendapat kondisi tertentu (Fitri, 2015). Kerentanan menderita penyakit merupakan salah satu persepsi yang digunakan untuk mendorong seseorang untuk menerima perilaku sehat. Semakin besar penerimaan terhadap risiko, semakin besar pula kemungkinan terwujudnya perilaku untuk menurunkan risiko. Saat individu percaya bahwa mereka berisiko terhadap penyakit tertentu, maka mereka akan lebih sering bertindak untuk melakukan upaya pencegahan terjadinya penyakit tersebut.

2. *Perceived seriousness*

Menurut Rosenstock (1974), *perceived seriousness* merupakan keyakinan mengenai keseriusan masalah kesehatan yang dialami. Keseriusan yang dirasakan dapat mencakup hal yang lebih luas dan lebih kompleks diluar aspek

kesehatan, seperti efek penyakit pada pekerjaannya, pada kehidupan keluarganya, dan pada hubungan sosialnya. Kerentanan dan keparahan yang dirasakan memiliki komponen kognitif yang kuat yang sebagian bergantung pada pengetahuan. Sebagai contoh, seseorang mungkin tidak percaya bahwa tuberkulosis secara medis serius, tetapi mungkin tetap percaya bahwa kejadiannya akan serius jika hal tersebut mengakibatkan ketegangan psikologis dan ekonomi yang penting dalam keluarganya.

Menurut pendapat lain, *perceived seriousness* merupakan pandangan individu tentang beratnya suatu penyakit, yaitu risiko dan kesulitan apa saja yang akan dialaminya dari penyakit tersebut. Makin berat risiko suatu penyakit, maka makin besar kemungkinannya bahwa individu itu terserang penyakit tersebut (Alhamda, 2015). Persepsi tentang keseriusan tertularnyapenyakit atau membiarkannya tidak diobati meliputi meliputi evaluasi dari konsekuensi medis dan klinis (kematian, cacat, dan nyeri) dan konsekuensi sosial yang mungkin akan terjadi (efek terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). Persepsi terhadap keseriusan penyakit dapat terbentuk dari informasi medis dan pengetahuan individu mengenai kesulitan dari sebuah penyakit tercipta atau mempengaruhi hidup mereka secara umum. Persepsi ini akan mendorong individu untuk mencari tindakan pengobatan dan pencegahannya. Semakin serius penyakit yang akan diderita, maka semakin besar pula usaha yang dilakukan untuk mencari tindakan pencegahan. Kombinasi antara persepsi kerentanan dan persepsi keseriusan akan menghasilkan persepsi ancaman (Stretcher and Rosenstock, 1997).

3. *Perceived benefit*

Arah tindakan yang diambil dianggap dipengaruhi oleh keyakinan terhadap keefektifan dari alternatif yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit yang dirasakan individu. Perilaku seseorang dianggap bergantung pada seberapa menguntungkan upaya yang dilakukannya. Sebuah alternatif kemungkinan akan dianggap bermanfaat jika secara subyektif berhubungan dengan pengurangan terhadap kerentanan seseorang atau keseriusan suatu penyakit. Persepsi ini juga dipengaruhi oleh norma dan tekanan dari kelompok sosialnya (Rosenstock, 1974).

4. *Perceived barriers*

Hambatan yang ditemukan saat melakukan upaya pencegahan akan berdampak terhadap besar kecilnya usaha dari individu. Apabila masalah atau hambatan ditemukan dalam upaya pencegahan suatu penyakit, maka persepsi individu untuk melakukan upaya pencegahan semakin kecil, sebaliknya persepsi individu akan semakin besar apabila masalah atau hambatan yang akan ditemukan dalam upaya pencegahan semakin kecil. *Perceived barriers* meliputi beberapa komponen, yaitu kondisi memalukan, ketakutan akan rasa sakit, pengetahuan dan kewaspadaan, sikap, kesulitan dalam mendapatkan, kurangnya dukungan, waktu dan biaya (Julinawati *et al.*, 2013). Individu mungkin percaya dengan manfaat dan efektifitas dari tindakan yang dilakukan sebagai upaya pencegahan terhadap kondisi atau penyakitnya, namun secara bersamaan orang akan berpikir bahwa tindakan tersebut dirasa tidak menyenangkan, mahal, dan menyakitkan. Aspek negatif tersebut bisa menjadi

hambatan terhadap upaya pencegahan yang akan dilakukan (Rosenstock, 1974).

5. *Cues to action*

Faktor pencetus yang menggerakkan kesadaran terhadap persepsi ancaman yang datang dari dalam diri individu (munculnya gejala-gejala penyakit) ataupun dari luar (nasihat orang lain, kampanye kesehatan, teman atau keluarga yang terserang penyakit yang sama, dan sebagainya) (Alhamda, 2015). Faktor yang berfungsi sebagai isyarat, atau pemicu, untuk melakukan tindakan yang sesuai dengan kondisinya. Gabungan tingkat kerentanan dan keparahan memberikan energi atau kekuatan untuk bertindak dan persepsi manfaat (lebih sedikit hambatan) mengakibatkan dilakukannya tindakan yang sesuai dengan kondisinya. Faktor internal dapat berupa persepsi keadaan tubuh atau eksternal berupa interaksi interpersonal, dampak media komunikasi, atau saran dari petugas kesehatan. Intensitas yang diperlukan dari faktor yang dianggap cukup untuk memicu perilaku mungkin bervariasi dengan perbedaan dalam tingkat kerentanan dan keparahan. Dengan persepsi yang relatif rendah terhadap kerentanan atau keparahan suatu penyakit, diperlukan stimulus yang cukup kuat untuk memicu respons. Di sisi lain, dengan tingkat kerentanan dan keparahan yang relatif tinggi, bahkan sedikit rangsangan pun dapat memicu respon (Rosenstock, 1974).

6. *Self Efficacy*

Pada tahun 1988, self-efficacy ditambahkan dalam keyakinan asli dari HBM (Rosenstock, I M, Strecher, V.J., & Becker, 1988). Self-efficacy adalah keyakinan pada kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu (Bandura,

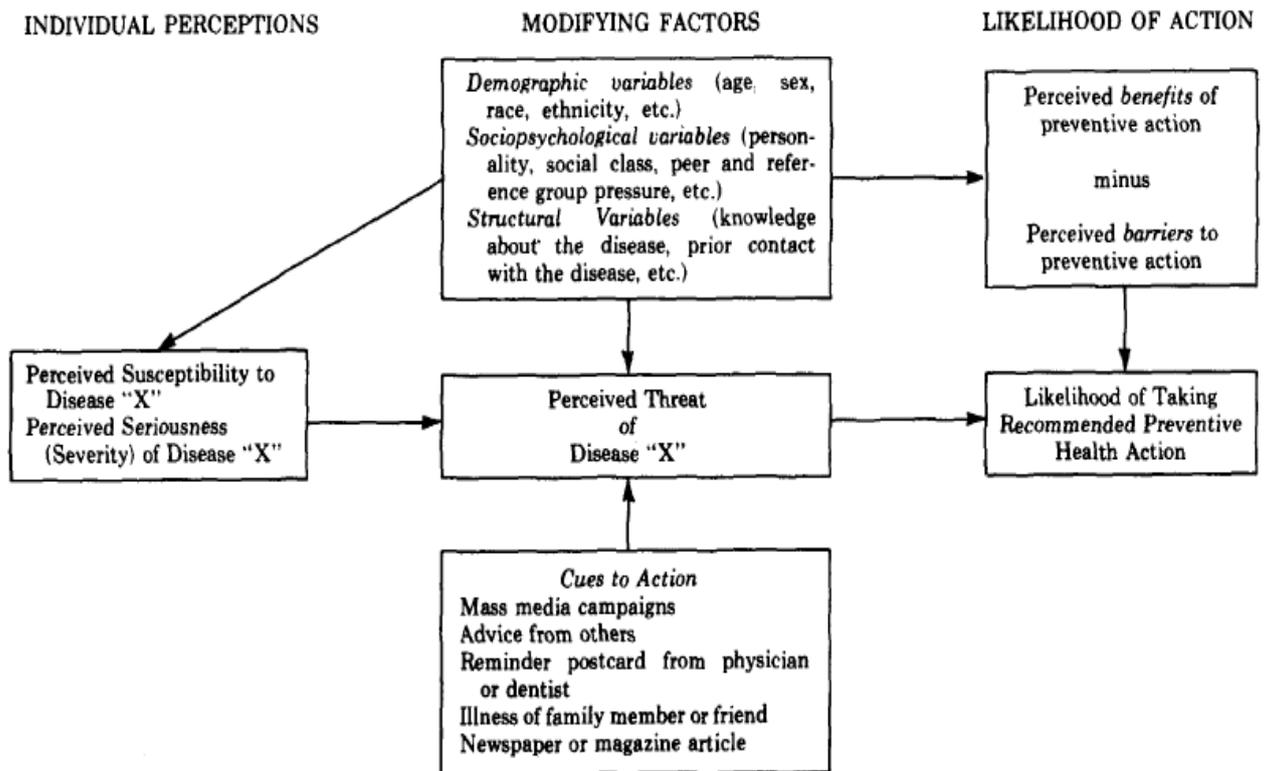
1977). Orang pada umumnya tidak mencoba melakukan sesuatu yang baru kecuali mereka berpikir mereka dapat melakukannya. Jika seseorang percaya perilaku baru itu berguna (manfaat yang dirasakan), tetapi tidak berpikir bahwa ia mampu melakukannya (hambatan yang dirasakan), kemungkinanhal itu tidak akan dicoba (Stretcher and Rosenstock, 1997).

Kepercayaan seseorang terhadap kemampuannya melakukan tindakan dengan berhasil. *Perceived self efficacy* merupakan kepercayaan seseorang terhadap kemampuan melakukan suatu hal. Tahapan ini akan menentukan bagaimana orang merasa, berpikir memotivasi diri dan berperilaku. Hal tersebut akan menghasilkan efek yang beragam melalui empat proses, yakni kognitif, motivasi, afektif dan proses seleksi (Bandura, 1994).

7. *Modifying and enabling factors*

Variabel lain yang membangun persepsi manusia, seperti budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, keterampilan, dan motivasi. Dalam arti bahwa karakteristik individu yang memengaruhi persepsi pribadi. Dibalik modifikasi variabel ini terdapat motivasi. Motivasi adalah nilai (Stretcher and Rosenstock, 1997).

Variabel yang dapat mempengaruhi persepsi yaitu varibael demografi, sosiopsikologikal, dan struktural, hal tersebut secara tidak langsung juga mempengaruhi perilaku terkait kesehatan. Contoh dari faktor sosiodemografi, khususnya pendidikan, diyakini berefek secara tidak langsungpada perilaku dengan mempengaruhi perpepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, dan hambatan. Variabel sosiodemografi meliputi status ekonomi, ras, usia, pendidikan, dan status bekerja (Fitri, 2015).

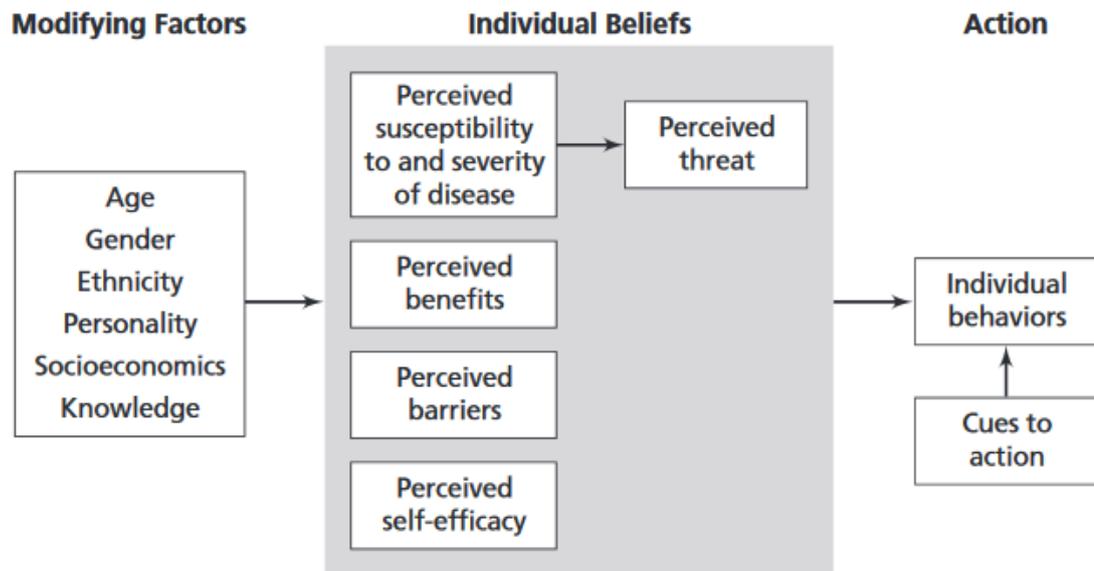


Gambar 2.1 Teori *Health Belief Model* (HBM) (Becker et al, dalam Rosenstock 1974)

Singkatnya, menurut HBM, modifying variabel, cues to action, dan self-efficacy mempengaruhi persepsi *susceptibility*, *seriousness*, *benefits*, dan *barriers* akan mempengaruhi perilaku seseorang (Hayden, 2018) (gambar 2.1).

2.3.4 Hubungan antar Komponen HBM

Faktor modifikasi mempengaruhi persepsi seseorang terhadap kesehatan. Persepsi atau keyakinan tersebut dalam teori HBM yaitu persepsi individu dan kemungkinan berperilaku. Persepsi individu ada dua, yaitu *perceived susceptibility* dan *perceived severity* yang nantinya membentuk persepsi terhadap ancaman penyakit, sedangkan kemungkinan berperilaku yaitu *perceived benefits* dan *perceived barrier*.



Gambar 2.2: Teori *Health Belief Model* (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008)

HBM merupakan teori dengan konsep yang mempengaruhi perilaku seseorang, namun hubungan antara konsep-konsep HBM ini belum dapat dijelaskan (Fitri, 2015). Seseorang berperilaku atau melakukan tindakan kesehatan merupakan hasil dari perceived threat atau persepsi terhadap ancaman.

Perubahan perilaku seseorang dipengaruhi oleh karakteristik individu, interaksi dengan media informasi kesehatan dan pengalaman dari perilaku tersebut (Fitri, 2015). Media informasi mempunyai peranan penting dalam perilaku kesehatan seseorang. Informasi yang benar akan mempengaruhi perilaku seseorang untuk berperilaku yang sesuai.

2.4 Keaslian Penelitian

Penelitian ini menggunakan beberapa kata kunci: kunjungan ulang IUD dan *follow-up visit after iud insertion* di *database Google Scholar* dan *ScienceDirect* untuk menemukan artikel jurnal yang mendukung dan berhubungan dengan penelitian ini.

Tabel 2.1 Keaslian penelitian

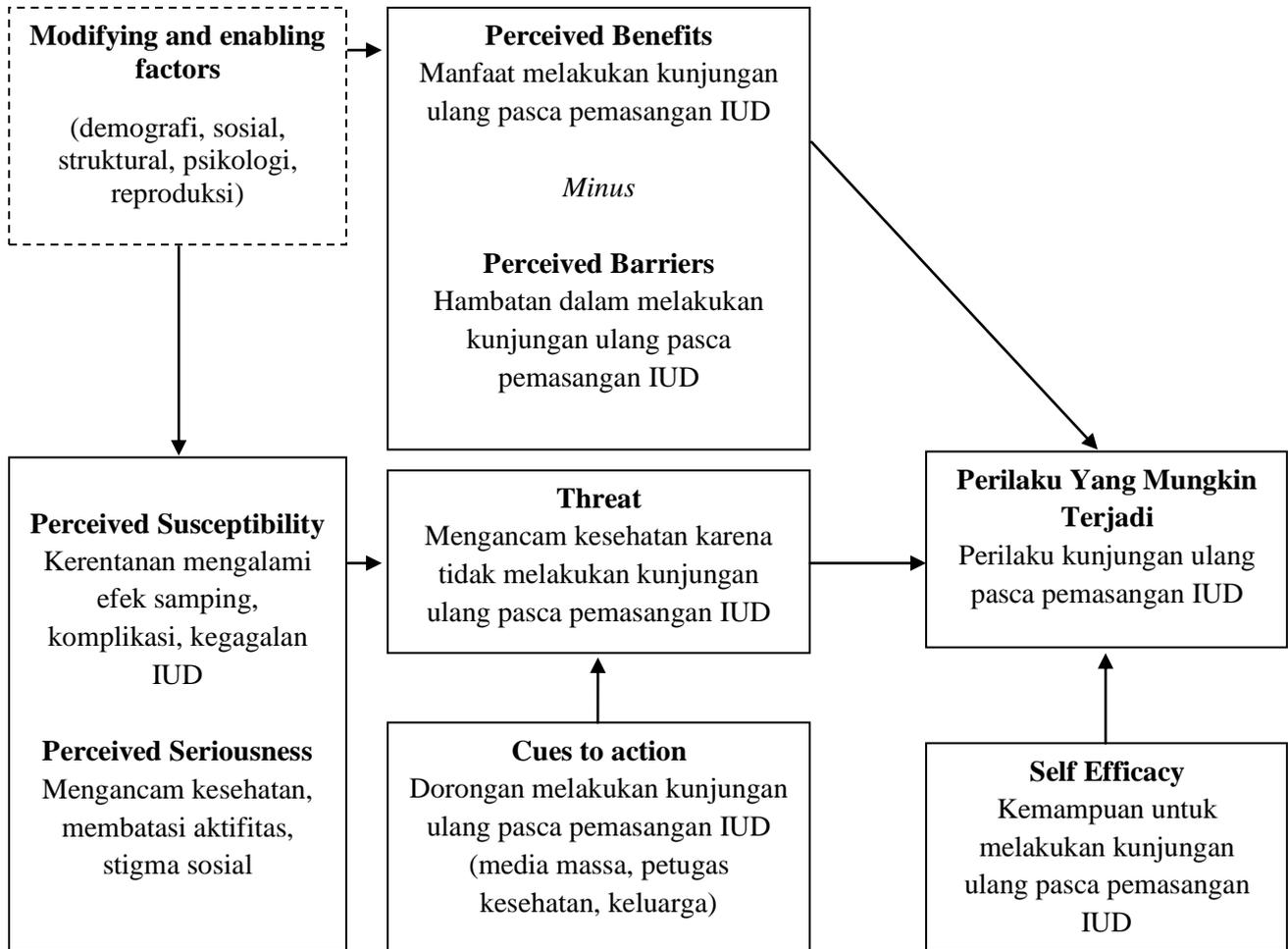
NO.	Judul Karya Ilmiah & penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
1.	Perubahan sikap akseptor sebelum dan sesudah konseling tentang pemeriksaan ulang pasca pemasangan IUD di Desa Mangaran Kecamatan ajung Tahun 2011 (Ratna, Lulut, Misiyem, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - D: <i>one grouppre test – post test</i> dengan pendekatan <i>one shot models</i> - S: akseptor IUD di wilayah kerja Puskesmas Ajung Desa Mangaran tahun 2011 - V: variabel independen yaitu perubahan sikap sebelum dan sesudah konseling, variabel dependen pemeriksaan ulang pasca pemasangan - I: kuisioner - A: <i>Wilcoxon Match Pairs Test</i> 	Ada perubahan ke arah yang lebih baik tentang sikap akseptor IUD sebelum dan sesudah konseling tentang pemeriksaan ulang pasca pemasangan IUD
2.	Faktor yang mempengaruhi kunjungan ulang pasca pemasangan IUD di Puskesmas I Denpasar Timur Tahun 2016 (Ariati, 2016)	<ul style="list-style-type: none"> - D: pendekatan <i>cross sectional</i> - S: seluruh akseptor IUD di Puskesmas I Denpasar Timur tahun 2015 sampel sebanyak 105 orang - V: variabel independen yaitu faktor yang mempengaruhi, variabel dependen yaitu pemeriksaan ulang pasca pemasangan IUD - I: wawancara dan data sekunder laporan bulanan - A: uji <i>chi-square</i> dan multivariat dengan regresi logistic 	Faktor yang mempengaruhi kunjungan ulang IUD adalah pendidikan, informasi, dan dukungan suami.
3.	Hubungan pengetahuan dan minat akseptor <i>Intra uterine device</i> (IUD) dengan sikap akseptor Tentang kunjungan ulang pasca pemasangan iud	<ul style="list-style-type: none"> - D: desain korelasional dengan pendekatan <i>cross secsional</i> - S: Teknik sampling yang digunakan adalah <i>Probability Sampling</i> yaitu <i>simple random sampling</i> pada akseptor IUD di Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo yang berjumlah 213 orang. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan akseptor IUD dengan sikap akseptor tentang kunjungan ulang pasca pemasangan IUD - Ada hubungan yang signifikan antara

NO.	Judul Karya Ilmiah & penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
	(di Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo) (Suharti, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - V: variabel independen yaitu pengetahuan dan minat, vairabel dependen yaitu kunjungan ulang pasca pemasangan IUD pemasangan IUD - I: tes dan kuisisioner - A: perhitungan pengolahan statistik SPSS secara <i>computerized</i> 	<p>minat akseptor IUD dengan sikap akseptortentang kunjungan ulang pasca pemasangan IUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan minat akseptor IUD dengan sikap akseptor di Puskesmas Jambon Ponorogo.
4.	Satisfaction with and Intention to Continue Depo-Provera Versus the Mirena IUD among Post-Partum Adolescents through 12 Months of Follow-Up (Howard, Wayman and Strickland, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - D: prospective longitudinal survey - S: 66 remaja post partum yang menggunakan IUD Mirena dan Depo-Provera - V: variabel independen yaitu kepuasan dan minat, variabel dependen yaitu keberlanjutan penggunaan Depo-Provera dan IUD Mirena dalam 12 bulan kunjungan ulang - I: - - A: - 	<p>Di antara remaja post partum, kepuasan subyektif terhadap Depo- Provera dan Mirena IUD juga sama tinggi selama 12 bulan melakukan kunjungan ulang. Pada Depo-Provera, ada keterputusan antara niat untuk melanjutkan pada 6 bulan dan kelanjutan secara aktual pada 12 bulan.</p>

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan: : diukur

: tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual analisis faktor perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD berdasarkan *Health Belief Model* di wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa variabel sosiodemografi meliputi status ekonomi, ras, usia, pendidikan, dan status bekerja (Fitri, 2015). Variabel *modifying* ini berefek secara tidak langsung pada perilaku dengan mempengaruhi persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, dan hambatan (Fitri, 2015). Saat persepsi kerentanan digabungkan dengan persepsi keseriusan, maka akan menghasilkan persepsi ancaman (Stretcher and Rosenstock, 1997). Jika persepsi ancaman merujuk pada penyakit yang serius dan beresiko, perilaku seseorang akan berubah (Hayden, 2014). Agar perilaku baru dapat diadopsi, seseorang membutuhkan kepercayaan bahwa manfaat yang didapatkan dari perilaku baru tersebut lebih besar daripada konsekuensi dalam melanjutkan perilaku yang lama. Jika hambatan dapat diatasi, maka perilaku baru dapat diadopsi (Stretcher and Rosenstock, 1997). Ketika seseorang percaya bahwa perilaku baru akan berguna (*perceived benefit*), namun jika seseorang merasa tidak dapat melakukan perilaku baru itu (*perceived barrier*), maka perubahan perilaku tidak akan dilakukan. Sebaliknya, ketika seseorang percaya bahwa perilaku baru akan berguna (*perceived benefit*), dan hambatan (*perceived barrier*) yang dirasakan lebih kecil dari manfaat, maka perilaku akan berubah (Stretcher and Rosenstock, 1997). Singkatnya, menurut HBM, *modifying variabel, cues to action, dan self-efficacy* mempengaruhi persepsi *susceptibility, seriousness, benefits, dan barriers* akan mempengaruhi perilaku seseorang (Stretcher and Rosenstock, 1997).

Pada faktor *perceived susceptibility* dapat diketahui dari pemahaman diri seseorang, persepsi tentang kemungkinan mengalami resiko efek samping, komplikasi, dan kegagalan pada IUD, sehingga jika mendapatkan efek

samping, komplikasi, dan kegagalan IUD yang tidak diinginkan akan terjadi *perceived seriousness* yaitu persepsi tentang konsekuensi emosional, sosial, dan keuangan dari kejadian efek samping, komplikasi, dan kegagalan IUD yang tidak diinginkan. Pada faktor *perceived benefits* dapat diketahui dari kemudahan dan keefektifan dalam melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD. Persepsi efek samping, persepsi resiko, ketidaknyamanan, dan akses dalam melakukan kunjungan ulang dapat menentukan *perceived barriers* seseorang. *Perceived self-efficacy* diketahui dari keyakinan atas kemampuan seseorang tentang pengambilan keputusan melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD dan dapat memanfaatkannya dengan sukses. Faktor diluar persepsi yang berpengaruh langsung terhadap perilaku yaitu *cues to action*. Terdapat dua hal yang dapat mendorong seseorang dalam bertindak yaitu faktor internal (kondisi tubuh) dan faktor eksternal berupa komunikasi media dan konseling dari petugas kesehatan.

3.2 Hipotesis Penelitian

Dalam penelitian ini hipotesis yang akan dibuktikan adalah:

- H1 : 1. Ada hubungan *perceived susceptibility* dengan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD
2. Ada hubungan *perceived seriousness* dengan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD
3. Ada hubungan *perceived benefits* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

4. Ada hubungan *perceived barriers* dengan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD
5. Ada hubungan *perceived self efficacy* dengan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD
6. Ada hubungan *cues to action* dengan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif non-eksperimen dengan desain deskriptif analitik melalui pendekatan *cross-sectional*, yaitu dengan penelitian observasi variabel independen dan dependen hanya satu kali pada suatu saat dan tidak ada tindak lanjut atas hasil observasinya, sehingga dengan studi ini akan diperoleh suatu fenomena (variabel dependen) dihubungkan dengan penyebab (variabel independen). Desain deskriptif korelasional dipilih karena sesuai dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu untuk menjelaskan dan menganalisis hubungan korelatif antar variabel (Nursalam, 2015). Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik *Sampling*

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini merupakan yang memenuhi kriteria *sampling* dan menjadi sasaran akhir penelitian (Nursalam, 2015). Wanita yang menggunakan KB aktif IUD merupakan populasi target dalam penelitian ini, dan populasi terjangkau ialah peserta KB aktif IUD yang tercatat melakukan kunjungan ulang dari Januari 2017 sampai Maret 2018 dan peserta baru KB IUD dari Januari 2017 sampai Maret 2018 di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini semua peserta KB aktif IUD yang tercatat melakukan kunjungan ulang dari Januari 2017 sampai Maret 2018 dan peserta baru KB IUD dari Januari 2017 sampai Maret 2018 di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya, yaitu berjumlah 101 orang.

4.2.3 Teknik *Sampling*

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling, yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007), yaitu 101 orang.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *self efficacy* dan *cues to action*.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen penelitian ini adalah perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya.

4.3.3 Definisi operasional variabel

Tabel 4.1 Definisi operasional perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
A. Perceived susceptibility	Pandangan seseorang tentang kemungkinan mengalami resiko atau menyebabkan efek samping dan komplikasi terhadap penggunaan IUD	1. Pemahaman akan kondisi dirinya 2. Keyakinan bisa menyebabkan efek samping dan komplikasi IUD	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan terdiri dari 4 nomor. Skor untuk jawaban pertanyaan: Sangat rentan=5 Rentan=4 Cukup rentan=3 Tidak rentan=2 Sangat tidak rentan=1 Kriteria penilaian: Rendah= $T < \text{mean } T$ Tinggi= $T \geq \text{mean } T$
B. Perceived seriousness	Pandangan seseorang terhadap konsekuensi dari penggunaan KB IUD yang tidak diinginkan	1. Konsekuensi psikologis, 2. Konsekuensi fisik 3. Konsekuensi kehidupan keluarga 4. Konsekuensi kehidupan sosial	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan terdiri dari 6 nomor. Skor untuk jawaban pertanyaan: Sangat setuju=5 Setuju=4 Netra=3 Tidak setuju=2 Sangat tidak setuju=1 Kriteria penilaian: Rendah= $T < \text{mean } T$ Tinggi= $T \geq \text{mean } T$
C. Perceived benefits	Pandangan seseorang terhadap manfaat yang muncul dari kunjungan ulang pasca pemasangan IUD	1. Keuntungan kunjungan ulang IUD 2. Kesesuaian dengan tujuan kunjungan ulang IUD 3. Keleuasaan dalam penggunaan IUD	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan terdiri dari 3 nomor. Skor untuk jawaban pertanyaan: Sangat setuju=5 Setuju=4 Netral=3 Tidak setuju=2 Sangat tidak setuju=1 Kriteria penilaian: Rendah= $T < \text{mean } T$ Tinggi= $T \geq \text{mean } T$
D. Perceived barriers	Pandangan seseorang terhadap hambatan yang muncul dalam melakukan	1. Kesibukan 2. Persepsi ketidaknyamanan 3. Persepsi ketakutan	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan terdiri dari 5 nomor. Skor untuk jawaban pertanyaan: Ya: 1

	kunjungan ulang IUD	4. Persepsi yang menyebabkan tidak melakukan kunjungan ulang			Tidak: 0 Kriteria penilaian: Kurang = <55% Cukup = 55-75% Tinggi = >75%
E. Perceived self efficacy	Pandangan seseorang terhadap kemampuannya dalam melakukan kunjungan ulang IUD	1. Pertimbangan dalam melakukan kunjungan ulang IUD 2. Kemampuan mengikuti jadwal kunjungan	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan terdiri dari 4 nomor. Skor untuk jawaban pertanyaan: Sangat setuju=5 Setuju=4 Netral=3 Tidak setuju=2 Sangat tidak setuju=1 Kriteria penilaian: Rendah= $T < \text{mean } T$ Tinggi= $T \geq \text{mean } T$
E. Cues to action	Dorongan untuk melakukan tindakan kunjungan ulang	1. Dukungan suami 2. Dukungan keluarga 3. Dukungan petugas kesehatan 4. Pengaruh media massa 5. Dukungan teman	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan terdiri dari 2 nomor Dukungan melakukan kunjungan ulang: Ya=1 Tidak=0 Kriteria penilaian: Kurang = <55% Cukup = 55-75% Kuat = >75%
Variabel dependen: A. Perilaku Kunjungan Ulang IUD	Perilaku seseorang terhadap kunjungan ulang KB IUD	1. Melakukan kunjungan ulang KB IUD secara rutin	Kuesioner	Nominal	Pertanyaan terdiri dari 1 nomor: Melakukan kunjungan ulang KB IUD secara rutin: Ya= 1 Tidak= 0

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang merupakan sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh mengetahui data demografi, variabel independen (*perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *cues to action*) dan variabel dependen (perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD). Lembar kuesioner variabel independen terdiri dari *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, diukur dengan menggunakan kuesioner yang dimodifikasi sendiri oleh peneliti berdasarkan sumber pustaka yang ada. Peneliti menggunakan pertanyaan tertutup terkait perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

1. Instrumen 1 berisi pertanyaan tentang *modifying and enabling factor*. Lembar kuesioner data demografi meliputi usia, alamat, no.Telp/HP, usia pernikahan (1-5 tahun, 6-10 tahun, 11-20 tahun, >20 tahun), usia suami sekarang (15-20 tahun, 21-30 tahun, 31-40 tahun, 41-50 tahun), pendidikan terakhir (tidak tamat SD, tamat SD/MI sederajat, tamat SMP/sederajat, tamat SMA/sederajat, Perguruan Tinggi), pekerjaan responden (PNS, pegawai swasta, pedagang, buruh, ibu rumah tangga, dll), penghasilan keluarga perbulan (< Rp. 1.000.000, Rp. 1.000.000 – Rp. 3.000.000, > Rp. 3.000.000), jumlah anak masih hidup yang dimiliki responden saat ini, usia anak terkecil, berapa lama menggunakan kontrasepsi IUD, rencana berhenti menggunakan kontrasepsi.
2. Instrumen 2 berisi pertanyaan *perceived susceptibility* tentang pandangan seseorang terhadap kemungkinan mengalami resiko atau menyebabkan efek samping dan komplikasi pemasangan IUD. Instrumen ini diadopsi dari

penelitian Myo Myo (2009) terkait faktor pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia muda di Myanmar dan penelitian Kristen M. Frankenfield (2009) terkait pengaruh *Health Belief Model* terhadap deteksi dini kanker payudara pada mahasiswa di Michigan (Fitri, 2015). Terdapat 4 pertanyaan dengan tipe *favorable* tentang *perceived susceptibility* meliputi keyakinan kemungkinan menyebabkan suatu kondisi (efek samping dan komplikasi IUD) pada item pertanyaan 1, dan pemahaman akan kondisi diri sendiri pada item pertanyaan 2, 3, dan 4. Pengukuran menggunakan skala Libert, setiap jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 5, setuju (S) diberi skor 4, netral (N) diberi skor 3, tidak setuju (TS) diberi skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1. Hasil dari perhitungan faktor ini akan diinterpretasikan dengan kriteria sebagai berikut: rendah= $T < \text{mean } T$, dan tinggi= $T \geq \text{mean } T$.

Tabel 4.2 :*Blue print perceived susceptibility*

Aspek	Nomor Item	Jumlah
Keyakinan kemungkinan menyebabkan efek samping, komplikasi, dan kegagalan IUD	1,3	2
Pemahaman kondisi diri sendiri	2,4	2

- Instrumen 3 berisi pertanyaan *perceived seriousness* tentang pandangan seseorang terhadap konsekuensi dari penggunaan IUD yang tidak diinginkan. Instrumen ini diadopsi dari penelitian Myo Myo Mon (2009) terkait faktor pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia muda di Myanmar, dan penelitian Kristen M. Frankenfield (2009) terkait pengaruh faktor *Health Belief Model* terhadap deteksi dini kanker payudara pada mahasiswa di Michigan (Fitri, 2015). Terdapat 6 pertanyaan dengan tipe *favorable* tentang *perceived seriousness* meliputi konsekuensi psikologi pada item pertanyaan 1-2, konsekuensi fisik pada item pertanyaan 3, konsekuensi

kehidupan keluarga pada item pertanyaan 4 dan 6, dan konsekuensi sosial pada item pertanyaan 5. Pengukuran menggunakan skala Likert , setiap jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 5, setuju (S) diberi skor 4, netral (N) diberi skor 3, tidak setuju (TS) diberi skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1. Hasil dari perhitungan faktor ini akan diinterpretasikan dengan kriteria sebagai berikut: rendah= $T < \text{mean } T$, dan tinggi= $T \geq \text{mean } T$.

Tabel 4.3 :*Blue Print perceived seriousness*

Aspek	Nomor Item	Jumlah
Konsekuensi psikologis	1	1
Konsekuensi fisik	2,3	2
Konsekuensi kehidupan keluarga	4,5	2
Konsekuensi kehidupan sosial	6	1

- Instrumen 4 berisi pertanyaan *perceived benefit* tentang pandangan seseorang terhadap manfaat yang muncul dari kunjungan ulang pasca pemasangan IUD. Instrumen ini diadopsi dari penelitian Myo Myo Mon (2009) terkait faktor pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia muda di Myanmar, dan penelitian Kristen M. Frankenfield (2009) terkait pengaruh faktor *Health Belief Model* terhadap deteksi dini kanker payudara pada mahasiswa di Michigan (Fitri, 2015). Terdapat 4 pertanyaan dengan tipe *favorable* tentang *perceived benefits* meliputi keuntungan yang didapat pada item pertanyaan 1, kesesuaian dengan tujuan pada item pertanyaan 2, keleluasaan pada item pertanyaan 3, dan keefektifan pada item pertanyaan 4. Pengukuran menggunakan skala Libert , setiap jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 5, setuju (S) diberi skor 4, netral (N) diberi skor 3, tidak setuju (TS) diberi skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1. Hasil dari

perhitungan faktor ini akan diinterpretasikan dengan kriteria sebagai berikut:
rendah= $T < \text{mean } T$, dan tinggi= $T \geq \text{mean } T$.

Tabel 4.4 :*Blue Print perceived benefits*

Aspek	Nomor Item	Jumlah
Keuntungan	1	1
Kesesuaian dengan tujuan	2	1
Keleluasaan	3	1

5. Instrumen 5 berisi pertanyaan *perceived barrier* tentang pandangan seseorang terhadap hambatan dalam melakukan kunjungan ulang. Instrumen ini diadopsi dari penelitian Myo Myo Mon (2009) terkait faktor pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia muda di Myanmar, dan penelitian Kristen M. Frankenfield (2009) terkait pengaruh faktor *Health Belief Model* terhadap deteksi dini kanker payudara pada mahasiswa di Michigan (Fitri, 2015) Pengukuran dengan cara pemberian kode, jika dijawab ya berkode 1, tidak berkode 0.

Tabel 4.5 :*Blue Print perceived barrier*

Aspek	Nomor Item	Jumlah
Kesibukan	1,2	2
Persepsi ketidaknyamanan	4	1
Persepsi ketakutan	3	1
Perilaku yang mneyebabkan tidak melakukan kunjungan ulang	5	1

6. Instrumen 6 berisi pertanyaan *self efficacy* tentang pandangan seseorang terhadap kemampuan dirinya sendiri bahwa dia dapat melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD. Instrumen ini diadopsi dari penelitian Myo Myo Mon (2009) terkait faktor pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia muda di Myanmar, dan penelitian Kristen M. Frankenfield

(2009) terkait pengaruh faktor *Health Belief Model* terhadap deteksi dini kanker payudara pada mahasiswa di Michigan (Fitri, 2015). Pertanyaan terdiri dari 4 nomor. Pengukuran menggunakan skala Likert, setiap jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 5, setuju (S) diberi skor 4, netral (N) diberi skor 3, tidak setuju (TS) diberi skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1. Hasil dari perhitungan faktor ini akan diinterpretasikan dengan kriteria sebagai berikut: rendah= $T < \text{mean } T$, dan tinggi= $T \geq \text{mean } T$.

Tabel 4.6 : *Blue Print perceived self-efficacy*

Aspek	Nomor Item	Jumlah
Pertimbangan melakukan kunjungan ulang IUD	1,2,4	3
Kamampuan mengikuti jadwal kunjungan ulang IUD	3	1

7. Instrumen 6 berisi pertanyaan *cues to action* tentang dorongan untuk melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD. Instrumen mengukur dukungan dari suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan informasi kesehatan yang mendorong terjadinya perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD. Pengukuran dengan cara pemberian kode, perilaku kunjungan ulang terdiri dari ya berkode 1, dan tidak berkode 2. Sedangkan untuk pertanyaan kapan melakukan kunjungan ulang, jawaban berkode 1.

Tabel 4.7 : *Blue Print cues to action*

Aspek	Nomor Item	Jumlah
<i>Dukungan suami</i>	1	1
<i>Dukungan keluarga</i>	2	1
<i>Dukungan petugas kesehatan</i>	3	1
<i>Media massa</i>	4	1
<i>Dukungan teman</i>	5	1

8. Instrumen 7 berisi pertanyaan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD. Pertanyaan terdiri dari 2 nomor. Pengukuran dengan cara pemberian

kode, perilaku kunjungan ulang terdiri dari ya berkode 1, dan tidak berkode 2. Sedangkan untuk pertanyaan kapan melakukan kunjungan ulang, jawaban berkode 1.

Tabel 4.8 *Blue Print* Perilaku Kunjungan ulang

Aspek	Nomor Item	Jumlah
Perilaku kunjungan ulang	1	1

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya Jawa Timur pada tanggal 01-14 Juli 2018.

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum kuesioner digunakan di lapangan maka diadakan uji coba kuesioner. Uji coba kuesioner ini untuk mencegah terjadinya kesalahan sistemik. Kesalahan ini harus dihindari, karena akan merusak validitas dan kualitas penelitian. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada akseptor aktif KB IUD menggunakan google form pada bulan 21-23 Mei 2018.

4.6.1 Uji Validitas

Validitas merupakan pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan dan kesahihan pada alat ukur yang digunakan dalam penelitian (instrumen). Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2015). Pentingnya uji validitas yaitu untuk mengetahui ada tidaknya pertanyaan dalam kuesioner yang harus diganti karena dianggap kurang relevan. Uji validitas menggunakan SPSS dengan tingkat signifikansi 5% dan 13 responden. Item instrumen dianggap valid atau relevan jika r hitung $>$ r tabel = 0,476 berdasarkan tingkat signifikansi dan jumlah responden yang telah ditentukan.

Hasil dari uji validitas pada instrumen yang digunakan dalam penelitian ini

yaitu :

1. Instrumen *perceived suscepibility*

Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
1	0,533	0,476	Valid
2	0,778	0,476	Valid
3	0,513	0,476	Valid
4	0,670	0,476	Valid

2. Instrumen *perceived seriousness*

Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
1	0,806	0,476	Valid
2	0,720	0,476	Valid
3	0,820	0,476	Valid
4	0,925	0,476	Valid
5	0,587	0,476	Valid
6	0,689	0,476	Valid

3. Instrumen *perceived benefits*

Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
1	0,912	0,476	Valid
2	0,964	0,476	Valid
3	0,831	0,476	Valid

4. Instrumen *self efficacy*

Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
1	0,696	0,476	Valid
2	0,507	0,476	Valid
3	0,843	0,476	Valid
4	0,683	0,476	Valid

5. Instrumen *perceived barriers*

Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
1	0,530	0,476	Valid
2	0,530	0,476	Valid
3	0,530	0,476	Valid
4	0,516	0,476	Valid
5	0,527	0,476	valid

6. Instrumen *cues to action*

Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
1	0,594	0,476	Valid
2	0,875	0,476	Valid
3	0,594	0,476	Valid
4	0,594	0,476	Valid
5	0,780	0,476	Valid

4.6.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan kesamaan hasil pengukuran bila kuesioner digunakan berkali-kali dalam waktu berlainan (Nursalam, 2015). Reliabilitas digunakan untuk mengetahui data yang didapatkan sesuai dengan tujuan pengukuran dalam penelitian. Uji reliabilitas diukur dengan menggunakan metode *alpha cronbach* diukur berdasarkan skala alpha cronbach 0 sampai 1. Jika $r\ \alpha > r\ \text{tabel}$ maka pertanyaan tersebut reliabel, sebaliknya bila $r\ \alpha < r\ \text{tabel}$ maka pertanyaan tersebut tidak reliabel.

Jika skala ini dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan *rank* yang sama, maka ukuran kemantapan alpha dapat diinterpretasikan sebagai berikut :

- (1) Nilai *alpha Cronbach* 0,00 s.d 0,20 berarti kurang reliabel
- (2) Nilai *alpha Cronbach* 0,21 s.d 0,40 berarti agak reliabel
- (3) Nilai *alpha Cronbach* 0,41 s.d 0,60 berarti cukup reliabel
- (4) Nilai *alpha Cronbach* 0,61 s.d 0,80 berarti reliabel
- (5) Nilai *alpha Cronbach* 0,81 s.d 1,00 berarti sangat reliabel

Hasil dari uji reliabilitas pada instrumen yang digunakan dalam penelitian tersaji dalam tabel sebagai berikut :

Instrumen	<i>Alpha Cronbach</i>	Keterangan
<i>Perceived susceptibility</i>	0,797	Reliabel
<i>Perceived seriousness</i>	0,894	Sangat Reliabel
<i>Perceived benefits</i>	0,947	Sangat Reliabel
<i>Perceived self efficacy</i>	0,840	Sangat Reliabel
<i>Perceived barriers</i>	0,726	Reliabel
<i>Cues to action</i>	0,863	Sangat Reliabel

4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan cara:

1. Pengambilan data awal (studi pendahuluan) dimulai setelah mendapatkan surat pengantar dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga ditujukan kepada Bankesbangpol dan Linmas Kota Surabaya, Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
2. Dari Bankesbangpol dan Linmas Kota Surabaya mendapatkan izin untuk pengambilan data di Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan Puskesmas Pucangsewu Surabaya.
3. Peneliti menyerahkan izin pengambilan data awal ke Puskesmas Pucangsewu.
4. Peneliti menemui dan bekerjasama dengan staf poli KIA/KB untuk mendapatkan data jumlah, nama, dan alamat pengguna KB IUD di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu.
5. Peneliti memilih responden dengan teknik *total sampling*.

6. Peneliti mengurus surat izin penelitian ke bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga kemudian menyerahkan ke Bankesbangpol.
7. Selanjutnya Kantor Bankesbangpol selanjutnya membuat surat rekomendasi penelitian yang ditujukan ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
8. Selanjutnya ke Kantor Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk membuat surat rekomendasi penelitian yang ditujukan ke Puskesmas Pucang Sewu Surabaya.
9. Selanjutnya peneliti menyerahkan izin penelitian ke Puskesmas Pucang Sewu dan melakukan koordinasi dengan Bidan di poli KIA/KB untuk memulai penelitian.
10. Peneliti mengadakan kunjungan rumah (*door to door*) karena tidak memungkinkan mengumpulkan beberapa akseptor dalam satu pertemuan.
11. Peneliti menjelaskan tujuan dari penelitian dan cara pengisian kuisisioner.
12. Responden yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian diberikan *informed consent*.
13. Peneliti memberikan penjelasan yang lebih detail sesuai dengan yang ada dalam kuisisioner, ketika ada responden yang kurang mengerti maksud dari item pertanyaan yang ada di kuisisioner.
14. Kuisisioner yang telah terisi diserahkan kembali kepada peneliti.
15. Setelah responden mengisi semua kuisisioner, peneliti memberikan souvenir sebagai tanda terima kasih dan apresiasi.
16. Peneliti menganalisis dan menarik kesimpulan dari penelitian yang telah dilakukan.

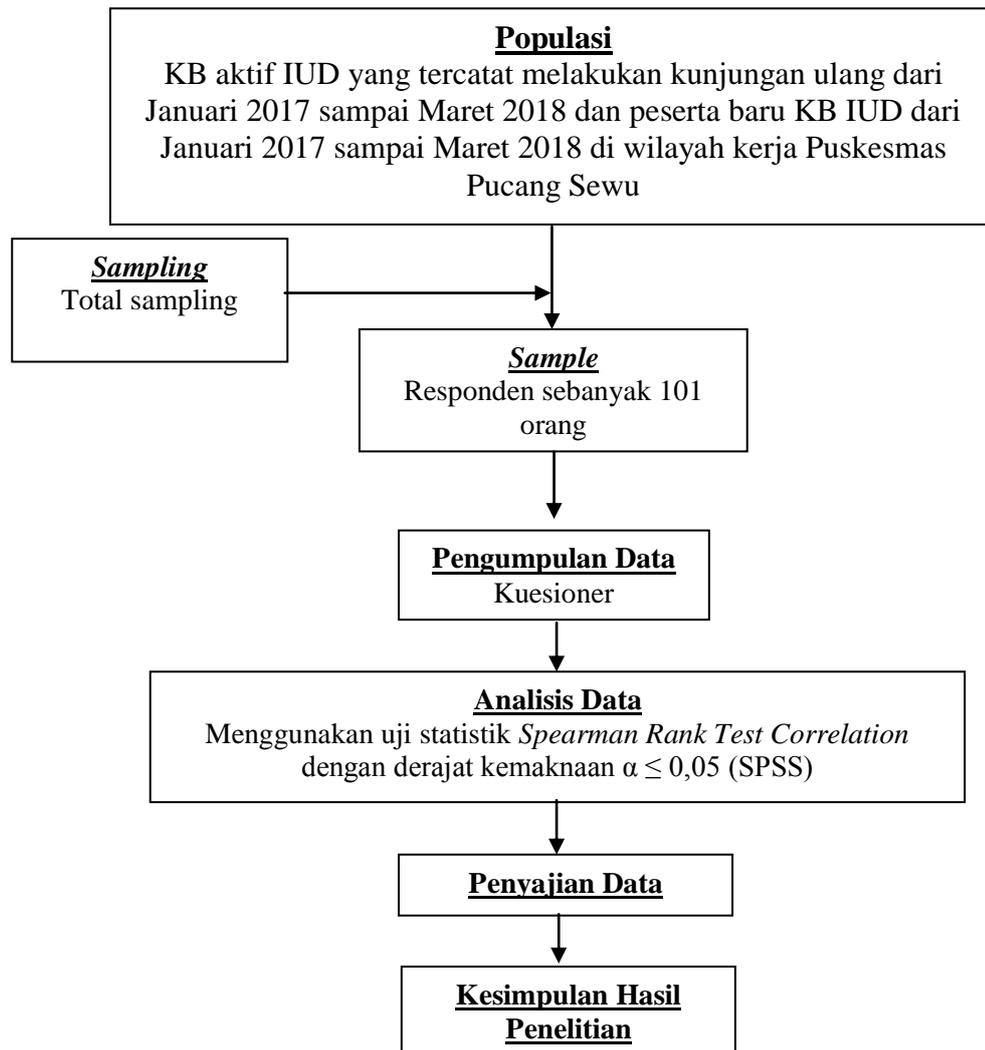
4.8 Analisis Data

Analisis data adalah kegiatan yang dilakukan setelah semua kuesioner yang diisi oleh responden terkumpul. Data yang terkumpul selanjutnya melakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut :

- 1) *Editing*, memeriksa kelengkapan data yang sudah terkumpul, jika ada pengisian kuesioner yang kurang lengkap maka kuesioner dikembalikan pada responden untuk dilengkapi, kemudian diserahkan kembali pada peneliti untuk diperiksa kembali.
- 2) *Coding*, memberikan tanda atau kode pada tiap lembar kuesioner yang masuk ke dalam kategori yang diteliti agar lebih mudah untuk melakukan tabulasi dan analisis data.
- 3) *Tabulating*, memasukan data yang telah ditulis sesuai kode dalam suatu table agar mempermudah untuk *entry*. Tabulasi dalam bentuk table sesuai dengan variable yang diukur untuk mengetahui hubungan setiap variable dengan niat pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kehamilan selanjutnya.
- 4) *Entry*, memasukan data dari hasil tabulasi yang sudah dilakukan ke dalam program komputer (*master sheet* penelitian).
- 5) Analisis data dilakukan dengan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran . Analisis bivariat digunakan untuk menentukan hubungan antara sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan dalam niat pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kehamilan pada ibu primipara. Hubungan antara variabel

diuji dengan menggunakan *spearman rank test correlation*. Tingkat kesalahan (nilai α) ditetapkan sebesar 0,05 dengan tingkat kepercayaan 95%, apabila $p \leq 0,05$ maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara dua variabel sehingga H1 diterima, sedangkan apabila $p > \alpha = 0,05$ artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, maka H1 ditolak.

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka kerja “analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD berdasarkan *Health Belief Model* (HBM)”

4.10 Masalah Etik

Penelitian ini telah mendapatkan surat persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga pada tanggal 16 Juli 2018 dengan nomor 1001-KEPK. Penelitian ini dilakukan pada peserta aktif KB IUD di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya dengan tidak memberikan intervensi, akan tetapi tetap dilakukan uji etik untuk menguji

kelayakan dilakukannya penelitian. Etika penelitian yang harus dijunjung tinggi kepada responden sebagai berikut:

1. Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden berupa lembar persetujuan. *Informed consent* menjelaskan beberapa informasi seperti tujuan penelitian, partisipasi responden, tujuan penelitian, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, manfaat, kerahasiaan informasi, nomor hp yang bisa dihubungi, dan lain-lain (Hidayat, 2009).

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Peneliti tidak mencantumkan nama pada lembar kuesioner. Peneliti akan memberikan kode pada masing-masing lembar kuesioner yang diisi oleh responden untuk menjaga kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah penelitian. Peneliti akan menjelaskan kepada responden mengenai kerahasiaan informasi yang telah diberikan.

4. Kebermanfaatan (*Beneficence*)

1) Bebas dari bahaya

Penelitian ini dilaksanakan dengan meminimalkan ketidaknyamanan secara fisik dan psikologis bagi responden. Penelitian ini tidak dilakukan tindakan invasif, responden hanya akan menjawab beberapa pertanyaan

pada lembar kuesioner perihal sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, dan niat terkait pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kehamilan.

2) Bebas dari eksploitasi

Keterlibatan responden dalam penelitian harus terhindar dari keadaan yang merugikan. Peneliti akan menyampaikan kepada responden bahwa semua informasi yang telah diberikan dalam penelitian tidak akan digunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam bentuk apapun.

3) Keseimbangan antara risiko dan manfaat

Manfaat keikutsertaan dalam penelitian ini adalah responden dapat mengambil keputusan dengan baik dan benar, sehingga dapat menjadi pertimbangan untuk melakukan perbaikan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kehamilan selanjutnya. Penelitian ini tidak berisiko menimbulkan bahaya potensial terhadap keterlibatan responden, sehingga diharapkan dapat memberikan manfaat bagi responden.

4.11 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menggunakan teknik *total sampling* namun dari data yang sudah didapatkan dari Puskesmas. Terdapat beberapa responden yang sudah *drop out* dan tidak tinggal menetap sehingga sampel 114 responden yang didapatkan tidak sesuai dengan sampel awal yang ditetapkan yaitu 101 responden.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian yang telah dilakukan pada bulan Juli 2018 di wilayah kerja Puskesmas Pucang sewu Surabaya. Hasil survey data awal didapatkan populasi dan sampel sebanyak 119 responden di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya, namun hanya didapatkan 101 orang responden, karena sebagian responden tidak tinggal menetap di alamat yang diberikan dan beberapa responden berhenti menggunakan KB IUD. Pada bab ini data yang didapat akan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Data akan disajikan dalam 3 bagian, yaitu : 1) Gambaran umum dan lokasi penelitian, 2) Karakteristik data responden, yang terdiri dari usia responden, usia pernikahan, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan keluarga perbulan, jumlah anak yang dimiliki, jumlah anak yang diinginkan, metode kontrasepsi yang digunakan saat ini dan lama penggunaan kontrasepsi saat ini, 3) Variabel yang diukur *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self-efficacy*, *cues to action* dan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD. Pada bab ini juga akan dibahas mengenai hubungan *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self-efficacy*, *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara kuantitatif dengan menggunakan perhitungan frekuensi dan uji statistik *Spearman Rho*. Selanjutnya pada bagian pembahasan hasil penelitian akan dibahas dengan tujuan, hipotesis, teori, dan opini.

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Puskesmas Pucang Sewu merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama BPJS kesehatan dibawah naungan Dinas Kesehatan kota Surabaya yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Jumlah total wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu adalah 301,25 ha yang terbagi atas 3 wilayah kelurahan yaitu Kel. Kertajaya (130.50 ha), Kel. Pucang Sewu (94.50 ha) dan Kel. Baratajaya (76.25 ha).

Pelayanan yang diberikan Puskesmas Pucang Sewu terdiri dari poli IMS, poli umum, poli KIA/KB, pojok sanitasi, pojok gizi, poli gigi, unit laborat, unit obat, dan gudang obat. Untuk cakupan program promosi kesehatan yang terdapat di Puskesmas Pucang Sewu diantaranya program santun lansia, cakupan rumah tangga sehat, cakupan pemberdayaan masyarakat terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), cakupan penyuluhan NAPZA, cakupan D/S posyandu balita. Selain itu, terdapat program yang mengikutsertakan peran serta masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya, yaitu Poskeskel, posyandu balita, posyandu lansia, poskestren, TOGA, saka bhakti husada, pos UKK, dan pos BINDU.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

Dalam penelitian ini terdapat 101 responden yang merupakan peserta aktif KB IUD di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya. Karakteristik demografi responden meliputi usia, alamat, nomor telepon, usia pernikahan, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan keluarga, jumlah anak, dan lama penggunaan IUD. Penjelasan mengenai karakteristik demografi responden akan dijelaskan pada Tabel 5.1.

Tabel 5. 1 Karakteristik demografi responden penelitian di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya

Karakteristik Demografi		f	%
Usia (Tahun)	<20	1	1
	21-35	59	58.4
	>35	41	40.6
	Total	101	100%
Usia Pernikahan (Tahun)	1-5	29	28.7
	6-10	22	21.8
	11-20	32	31.7
	>20	18	17.8
	Total	101	100%
Pendidikan Terakhir	Tidak tamat SD	1	1.0
	Tamat SD/MI/Sederajat	2	2
	Tamat SMP/Sederajat	21	20.8
	Tamat SMA/Sederajat	53	52.5
	Perguruan Tinggi	24	23.8
	Total	101	100%
Pekerjaan	PNS	2	2
	Pegawai Swasta	33	32.7
	Pedagang	6	5.9
	Ibu Rumah Tangga	59	58.4
	Lain-lain	1	1
	Total	101	100%
Penghasilan keluarga	<Rp. 1.000.000	8	7.9
	Rp. 1.000.000 – 3.000.000	49	48.5
	>Rp. 3.000.000	44	43.6
	Total	101	100%
Jumlah Anak	1	30	29.7
	2	41	40.6
	>2	30	29.7
	Total	101	100%
Lama penggunaan IUD	1-6 bulan	19	18.8
	7-12 bulan	30	29.7
	>12 bulan	52	51.5
	Total	101	100%

Berdasarkan Tabel 5.1 tentang karakteristik responden, berdasarkan usia diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 59 orang (58.4%) berada di rentang usia 21-35 tahun. Ditinjau dari usia pernikahan diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 32 orang (31.7%) berada di rentang usia pernikahan 11-20 tahun. Ditinjau dari pendidikan terakhir diketahui bahwa lebih dari sebagian besar responden yaitu sebanyak 53 orang (52.5%) berada di rentang pendidikan terakhir SMA. Ditinjau dari pekerjaan diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 59 orang (58.4%) sebagai ibu rumah tangga. Ditinjau dari penghasilan keluarga diketahui bahwa dominan sebanyak 49 responden (48.5%) berada di rentang penghasilan Rp. 1.000.000 – 3.000.000. Ditinjau dari jumlah anak yang dimiliki diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 41 orang (40.6%) memiliki 2 anak. Ditinjau dari lama penggunaan IUD diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 52 orang (51.5%) berada di rentang penggunaan IUD >12 bulan.

5.1.3 Hubungan *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived self efficacy*, *perceived barriers*, *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

Tabel 5.2 *Cross tabulation* hubungan *perceived susceptibility* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

<i>Perceived Susceptibility</i>	Perilaku			Total	%
	Tidak	%	Ya		
Rendah	17	16.8	7	24	23.8
Tinggi	16	15.9	61	77	76.2
Total	33	32.7	68	101	100

Uji statistik *Spearman Rank Test Correlation* $p = 0,000$ $r = 0,454$

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebanyak 61 responden (60.3%) memiliki persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) tinggi dan melakukan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Hasil uji statistik *Spearman*

ρ diperoleh nilai signifikansi sebesar $(p) = 0,000$. Nilai signifikansi $<0,05$ menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, yaitu terdapat hubungan antara *perceived susceptibility* dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Pada koefisien korelasi menunjukkan nilai $(r) = 0,454$. Nilai koefisien korelasi 0,4 sampai 0,5999 menunjukkan variabel *perceived susceptibility* dengan perilaku kunjungan ulang IUD memiliki keeratan hubungan yang cukup kuat.

Tabel 5.3 *Cross tabulation* hubungan *perceived seriousness* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

<i>Perceived Seriousness</i>	Perilaku				Total	%
	Tidak	%	Ya	%		
Rendah	12	11.9	4	3.9	32	15.8
Tinggi	21	20.8	64	63.4	64	84.2
Total	33	32.7	68	67.3	96	100

Uji statistik *Spearman Rank Test Correlation* $p = 0,000$ $r = 0,392$

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebanyak 64 responden (63.4%) memiliki persepsi keseriusan (*perceived seriousness*) tinggi dan melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Hasil uji statistik *Spearman rho* diperoleh nilai signifikansi sebesar $(p) = 0,000$. Nilai signifikansi $<0,05$ menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, yaitu terdapat hubungan antara *perceived seriousness* dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Pada koefisien korelasi menunjukkan nilai $(r) = 0,392$. Nilai koefisien korelasi 0,2 sampai 0,399 menunjukkan variabel *perceived seriousness* dengan perilaku kunjungan ulang IUD memiliki keeratan hubungan yang rendah.

Tabel 5.4 *Cross tabulation* hubungan *perceived benefits* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

<i>Perceived Benefits</i>	Perilaku				Total	%
	Tidak	%	Ya	%		
Rendah	21	20.8	0	0	21	20.8
Tinggi	12	11.9	68	67.3	80	79.2
Total	33	32.7	68	67.3	101	100

Uji statistik *Spearman Rank Test Correlation* $p = 0,000$ $r = 0,735$

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebanyak 68 responden (67.3%) memiliki persepsi manfaat (*perceived benefits*) tinggi dan melakukan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Hasil uji statistik *Spearman rho* diperoleh nilai signifikansi sebesar $(p) = 0,000$. Nilai signifikansi $<0,05$ menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, yaitu terdapat hubungan antara *perceived susceptibility* dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Pada koefisien korelasi menunjukkan nilai $(r) = 0,735$. Nilai koefisien korelasi 0,6 sampai 0,799 menunjukkan variabel *perceived benefits* dengan perilaku kunjungan ulang IUD memiliki keeratan hubungan yang kuat.

Tabel 5.5 *Cross tabulation* hubungan *perceived self efficacy* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

<i>Perceived self efficacy</i>	Perilaku				Total	%
	Tidak	%	Ya	%		
Rendah	5	4.9	1	1	6	5.9
Tinggi	28	27.8	67	66.3	95	94.1
Total	33	32.7	68	67.3	101	100

Uji statistik *Spearman Rank Test Correlation* $p = 0,006$ $r = 0,271$

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebanyak 67 responden (66.3%) memiliki persepsi kemampuan diri (*perceived self efficacy*) tinggi dan melakukan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Hasil uji statistik *Spearman rho* diperoleh nilai signifikansi sebesar $(p) = 0,006$. Nilai signifikansi $<0,05$ menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, yaitu terdapat hubungan antara *perceived self efficacy* dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Pada koefisien korelasi menunjukkan nilai $(r) = 0,271$. Nilai koefisien korelasi 0,2 sampai 0,399 menunjukkan variabel *perceived self efficacy* dengan perilaku kunjungan ulang IUD memiliki keeratan hubungan yang rendah.

Tabel 5.6 *Cross tabulation* hubungan *perceived barriers* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

<i>Perceived barriers</i>	Perilaku				Total	%
	Tidak	%	Ya	%		
Kurang	13	12.9	65	64.3	78	77.2
Cukup	17	16.8	3	3	20	19.8
Tinggi	3	3	0	0	3	3
Total	33	32.7	68	67.3	96	100

Uji statistik *Spearman Rank Test Correlation* $p = 0,000$ $r = -0,631$

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebanyak 65 responden (64.3%) memiliki persepsi hambatan (*perceived barriers*) yang kurang dan melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Hasil uji statistik *Spearman rho* diperoleh nilai signifikansi sebesar $(p) = 0,000$. Nilai signifikansi $<0,05$ menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, yaitu terdapat hubungan antara *perceived barriers* dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Pada koefisien korelasi menunjukkan nilai $(r) = -0,631$, yaitu memiliki arah hubungan berlawanan. Nilai koefisien korelasi 0,6 sampai 0,799 menunjukkan variabel *perceived barriers* dengan perilaku kunjungan ulang IUD memiliki keeratan hubungan yang kuat dengan arah hubungan yang berlawanan.

Tabel 5.7 *Cross tabulation* hubungan *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

<i>Cues to action</i>	Perilaku				Total	%
	Tidak	%	Ya	%		
Kurang	33	32.7	5	4.9	38	37.6
Cukup	0	0	58	57.4	58	67.4
Kuat	0	0	5	5	5	5
Total	33	32.7	68	67.3	101	100

Uji statistik *Spearman Rank Test Correlation* $p = 0,000$ $r = 0,865$

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa sebanyak 58 responden (57.4%) memiliki dorongan (*cues to action*) yang cukup dan melakukan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Hasil uji statistik *Spearman rho* diperoleh nilai signifikansi sebesar $(p) = 0,000$. Nilai signifikansi $<0,05$ menunjukkan

bahwa H0 ditolak dan H1 diterima, yaitu terdapat hubungan antara *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Pada koefisien korelasi menunjukkan nilai $(r) = 0,865$. Nilai koefisien korelasi 0,8 sampai 1,000 menunjukkan variabel *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang IUD memiliki keeratan hubungan yang sangat kuat.

5.2 Pembahasan

Berikut ini akan dibahas hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Juli tentang hubungan dari masing-masing variabel yang diteliti sesuai dengan tujuan penelitian. Pembahasan menyajikan data hasil penelitian yang meliputi analisis hubungan antar variabel yaitu *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived self efficacy*, *perceived barriers*, *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

5.2.1 Hubungan *perceived susceptibility* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan yg cukup kuat antara *perceived susceptibility* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD. Hasil penelitian didapatkan mayoritas pengguna KB IUD memiliki *perceived susceptibility* yang tinggi sebanyak 77 responden. Sebanyak 66 dari 101 responden memiliki *perceived susceptibility* yang tinggi dan melakukan kunjungan ulang secara rutin, sebanyak 17 responden memiliki *perceived susceptibility* yang rendah dan tidak melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Mayoritas responden memilih jawaban setuju (4) dan sangat setuju (5) dalam menjawab kuesioner tentang *perceived susceptibility*. Pernyataan yang paling banyak disetujui oleh responden antara lain pernyataan

parameter nomor 2 yang menyebutkan tentang ‘keyakinan yang timbul akibat tidak melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin berupa efek samping, komplikasi, dan kegagalan IUD’. Mayoritas responden menerima pernyataan tentang *perceived susceptibility*.

Individu harus merasa rentan terhadap penyakit agar individu mau untuk mengobati atau mencegah penyakit tersebut (Notoadmodjo, 2010a). Seseorang harus merasa rentan terhadap suatu penyakit sehingga dia bersedia melakukan perilaku sehat. Individu yang merasa dapat terkena penyakit tersebut akan lebih cepat merasa terancam (Alhamda, 2015). 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). *Perceived susceptibility* mengacu pada penilaian individu tentang kemungkinan dirinya tentang penyakit (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008). *Perceived susceptibility* mengacu pada penilaian individu, suatu tindakan dilakukan atau tidak dilakukan kembali kepada persepsi yang individu miliki (Hayden, 2009). Jika persepsi ancaman merujuk pada penyakit yang serius dan berisiko, perilaku seseorang akan berubah (Hayden, 2014).

Hasil penelitian yang didapatkan, responden beranggapan bahwa dirinya rentan mengalami efek samping, komplikasi, dan kegagalan IUD sehingga mereka

rutin melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal. Sebagian besar responden yang menunjukkan *perceived susceptibility* yang tinggi menimbulkan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Responden yang memilih melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin memiliki *perceived susceptibility* yang tinggi, hal ini dapat disebabkan karena adanya pengetahuan dan pengalaman terkait efek samping kontrasepsi yang pernah dialami (Khalil; et al, 2017). Namun, terdapat pula responden yang memiliki *perceived susceptibility* yang tinggi namun tidak selalu melakukan kunjungan ulang secara rutin sebanyak 16 orang, dan terdapat responden yang memiliki *perceived susceptibility* yang rendah tetapi melakukan kunjungan ulang secara rutin sebanyak 7 orang. Responden dengan kode 1, 74, 78, dan 84 memiliki *perceived susceptibility* yang tinggi namun tidak melakukan kunjungan ulang IUD, didapatkan dari hasil penelitian bahwa ke-4 responden tersebut memiliki hambatan yang cukup hingga tinggi berupa alasan kesibukan bekerja. Hal ini didukung dengan melihat dari data demografi yang didapatkan bahwa terdapat 14 responden yang bekerja dan tidak rutin melakukan kunjungan ulang, dan memiliki dukungan yang kurang untuk melakukan kunjungan ulang IUD. Selain itu, mayoritas responden yang tidak melakukan kunjungan meskipun memiliki persepsi kerentanan tinggi merupakan pengguna IUD lebih dari 12 bulan, hal ini dapat disebabkan karena peserta KB IUD menganggap bahwa periode resiko tinggi terhadap efek samping, komplikasi, dan kegagalan IUD terdapat pada bulan pertama pasca pemasangan, sehingga mayoritas hanya melakukan kunjungan ulang pada awal pasca pemasangan saja. Responden dengan kode 4, 14, 15, 54, 68, 89, dan 93 memiliki *perceived susceptibility* yang rendah namun melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin.

Perceived susceptibility dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, jenis kelamin, bangsa dan kelompok etnis, pendidikan, pekerjaan, kepribadian, pengetahuan dan pengalaman (Notoadmodjo, 2010b). Didapatkan hasil penelitian bahwa responden tersebut memiliki dukungan sedang sampai tinggi yang mayoritas dukungan berasal dari suami dan petugas kesehatan. Selain itu, mayoritas responden yang rutin melakukan kunjungan ulang IUD memiliki umur berkisar antara 20-35 tahun, karena pada usia 20-35 tahun merupakan masa produktif seseorang dimana reproduksi seseorang sampai pada puncaknya sehingga responden dengan usia 20-35 tahun merasa rentan untuk mengalami kegagalan IUD berupa kehamilan. Hal ini bisa menjadi penyebab tingkat kunjungan ulang secara rutin meskipun individu memiliki persepsi kerentanan yang rendah sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatimah (2010), bahwa ada hubungan antara usia dengan perilaku seseorang.

5.2.2 Hubungan *perceived seriousness* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara *perceived seriousness* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD dengan tingkat hubungan yang rendah. Hasil penelitian didapatkan mayoritas responden memiliki *perceived seriousness* yang tinggi sebanyak 85 responden. Mayoritas responden memilih jawaban setuju (4), sangat setuju (5), dan tidak setuju (2) untuk menjawab kuesioner tentang *perceived seriousness*. Mayoritas responden setuju dan sangat setuju dengan item pernyataan parameter nomor 2 yang menyebutkan 'konsekuensi fisik dari penggunaan IUD yang dapat terjadi jika tidak rutin melakukan kunjungan ulang'. Sedangkan untuk item pernyataan

parameter nomor 4 tentang ‘konsekuensi kehidupan sosial jika mengalami komplikasi, efek samping, dan kegagalan IUD’, mayoritas responden memilih jawaban tidak setuju. Data diatas menunjukkan bahwa responden merasa khawatir jika mengalami kegagalan IUD berupa kehamilan yang tidak diinginkan, meskipun demikian responden tidak menganggap bahwa jika terjadi komplikasi, efek samping, dan kegagalan IUD akan berpengaruh buruk bagi kehidupan sosial. Oleh sebab itu mayoritas responden memiliki *perceived seriousness* yang tinggi.

Semakin serius penyakit yang akan diderita, maka semakin besar pula usaha yang dilakukan untuk mencari tindakan pencegahan (Stretcher and Rosenstock, 1997).Tindakan individu dalam mencari pengobatan dan mencegah suatu penyakit didorong oleh persepsi individu terhadap penyakit (Notoadmodjo, 2010a).Dalam *health belief model* dikatakan bahwa *perceived seriousness* adalah persepsi individu terhadap keseriusan atau keparahan suatu penyakit yang mungkin akan didapatkan.

Sebagian besar responden yang menunjukkan *perceived seriousness* yang tinggi akan menimbulkan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Namun, terdapat responden yang memiliki *perceived seriousness* yang tinggi tetapi tidak selalu melakukan kunjungan ulang secara rutin sebanyak 21 responden, begitu juga sebaliknya responden yang memiliki *perceived seriousness* yang rendah tetapi melakukan kunjungan ulang secara rutin sebanyak 4 responden. *Perceived seriousness* merupakan penilaian individu terhadap keparahan atau keseriusan suatu penyakit. Penilaian seseorang adalah suatu proses mental yang terdiri dari berpikir, menalar, dan hipotesis yang merupakan suatu komponen penting dari teori kognitif. Teori kognitif menjelaskan bahwa

penilaian lebih mempengaruhi pengharapan seseorang dibandingkan mempengaruhi perilaku secara langsung (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008). *Perceived seriousness* tinggi yang dimiliki responden hanya berpengaruh pada pengharapan responden agar tidak mengalami komplikasi dan kegagalan IUD. Harapan ini tidak membuat responden langsung mengubah perilaku kunjungan ulang secara rutin, untuk mengubah perilaku individu menjadi sehat diperlukan adanya pencetus lain (Andrianti, 2015). Kerentanan dan keparahan yang dirasakan memiliki komponen kognitif yang kuat sebagian bergantung pada pengetahuan. Teori ini sesuai dengan data yang didapatkan bahwa responden dengan kode 1, 7, 12, 36, dst memiliki *perceived seriousness* yang tinggi namun tidak rutin melakukan kunjungan ulang IUD, ditemukan bahwa responden tersebut memiliki *perceived barriers* yang cukup untuk membuat mereka tidak melakukan kunjungan ulang secara rutin dan mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan lulusan SD, SMP, dan beberapa SMA. Hal ini didukung dari data demografi didapatkan bahwa sebanyak 17 responden dengan pendidikan terakhir SMA tidak melakukan kunjungan ulang secara rutin. Responden dengan kode 8, 14, 50, 64 memiliki *perceived seriousness* yang rendah namun tetap rutin melakukan kunjungan ulang IUD, didapatkan dari hasil penelitian bahwa ke-4 responden tersebut memiliki dukungan yang cukup dari suami dan petugas kesehatan sehingga membuat mereka melakukan kunjungan ulang IUD. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitri (2010) bahwa *perceived seriousness* dapat terbentuk dari informasi kesehatan dan pengetahuan seseorang mengenai suatu penyakit.

5.2.3 Hubungan *perceived benefits* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara *perceived benefits* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD dengan tingkat hubungan yang kuat. Kedua variabel ini memiliki hubungan yang searah. Hasil penelitian didapatkan mayoritas responden memiliki *perceived benefits* yang tinggi sebanyak 80 responden. Mayoritas responden memilih jawaban setuju (4), sangat setuju (5), dan tidak setuju (2) untuk menjawab kuesioner tentang *perceived benefits*. Mayoritas responden setuju dan sangat setuju dengan item pernyataan parameter nomor 2 yang menyebutkan tentang ‘kesesuaian terhadap tujuan melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin’. Persetujuan responden ini menunjukkan bahwa mereka meyakini manfaat dari melakukan kunjungan ulang untuk menghindari dan mengobati apabila terjadi efek samping yang dirasakan, sehingga didapatkan responden yang melakukan kunjungan ulang secara rutin sebanyak 68 responden.

Perceived benefits merupakan kesimpulan individu tentang bergunanya mengubah perilaku untuk mencegah suatu penyakit (Hayden, 2009). *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). Responden melakukan kunjungan ulang secara rutin karena mereka percaya bahwa kunjungan ulang rutin sangat berguna untuk mereka. *Perceived benefits* yang tinggi akan diikuti dengan rutin melakukan kunjungan ulang. *Perceived benefits* memiliki

peran yang penting dalam mengadopsi perilaku prevensi sekunder seperti kunjungan ulang. Responden cenderung akan mengadopsi perilaku sehat ketika mereka yakin, bahwa dengan melakukan kunjungan ulang secara rutin akan membantu dalam mencegah terjadinya komplikasi dan kegagalan IUD.

Dalam teori HBM mengatakan bahwa individu yang memiliki kepercayaan bahwa perilaku tersebut bermanfaat bagi dirinya dan lingkungannya maka dia akan melakukan suatu perilaku, sebaliknya jika perilaku tersebut tidak memiliki manfaat maka individu tersebut tidak akan melakukan perilaku tersebut. Persepsi terhadap manfaat suatu perilaku kesehatan adalah salah satu faktor penentu perilaku yang cukup kuat (Febri, 2015). Teori tersebut belum bisa diterapkan sepenuhnya pada penelitian ini. Terdapat responden yang memiliki *perceived benefits* yang tinggi namun tidak melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin sebanyak 12 responden. Teori HBM 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 (Stretcher and Rosenstock, 1997). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang didapatkan bahwa responden dengan kode 7, 27, 28, 45, dst memiliki hambatan yang cukup kuat sehingga bisa menjadi penyebab mereka tidak melakukan kunjungan secara rutin. Selain itu responden berkode 7 memiliki persepsi kerentanan dan keparahan yang rendah sehingga mampu menjadi salah satu penyebab dia tidak melakukan kunjungan ulang secara rutin.

5.2.4 Hubungan *perceived self efficacy* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara *perceived self efficacy* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin dengan tingkat hubungan yang rendah. Hasil penelitian didapatkan mayoritas responden memiliki *perceived self efficacy* yang tinggi sebanyak 95 responden. Mayoritas responden memilih jawaban setuju (4), sangat setuju (5), dan tidak setuju (2) untuk menjawab kuesioner tentang *perceived self efficacy*. Responden banyak menyetujui pernyataan parameter nomor 1 tentang 'pertimbangan untuk melakukan kunjungan ulang IUD'. Persetujuan terhadap pernyataan tersebut menunjukkan bahwa responden merasa mampu untuk melakukan kunjungan ulang.

Individu harus merasa yakin bahwa dirinya kompeten dalam melakukan sesuatu sehingga dapat mengatasi hambatan yang menghalangi adopsi perilaku baru. Individu tidak akan mencoba untuk melakukan sesuatu yang baru kecuali apabila dia tahu bahwa dia bisa melakukan hal tersebut (Hayden, 2009). *Perceived self efficacy* merupakan keyakinan seseorang pada dirinya untuk melakukan suatu perilaku sehat (Bandura, 1977). Sebagian besar responden yang menunjukkan *perceived self efficacy* yang tinggi yaitu *perceived self efficacy* yang tinggi akan menimbulkan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin. Namun, terdapat responden yang memiliki *perceived self efficacy* yang tinggi tidak selalu melakukan kunjungan ulang secara rutin sebanyak 28 responden, begitu juga sebaliknya responden yang memiliki *perceived self efficacy* yang rendah tetapi melakukan kunjungan ulang secara rutin hanya 1

responden. Hal tersebut dapat dikarenakan beberapa faktor. Faktor yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang seperti lingkungan, pengalaman, pengetahuan, harapan, kebutuhan, dan adanya motivasi (Notoadmodjo, 2010a). Responden dengan kode 1, 7, 12, 27, 28, 31, dan seterusnya menunjukkan perilaku yang tidak rutin melakukan kunjungan ulang meskipun mereka memiliki *perceived self efficacy* yang tinggi. Dari data yang didapatkan bahwa responden tersebut memiliki persepsi manfaat yang rendah dan persepsi hambatan yang tinggi, sebagai akibatnya individu tersebut tidak melakukan perilaku sehat lagi. Selain hambatan, lingkungan yang mendukung akan berpengaruh terhadap perilaku kunjungan ulang. Hal ini sesuai dengan teori HBM yang mengatakan bahwa ketika seseorang percaya suatu perilaku dapat bermanfaat dengan hambatan yang kecil maka perilaku itu dapat dilakukan, begitu juga sebaliknya (Stretcher and Rosenstock, 1997). Dapat kita lihat pada responden dengan kode 68 yang memiliki *perceived self efficacy* rendah namun melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin. Dari data yang didapatkan responden berkode 68 tersebut memiliki dukungan yang tinggi sehingga dapat mempengaruhi perilaku yang dia lakukan.

5.2.5 Hubungan *perceived barriers* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara *perceived barriers* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD dengan tingkat hubungan yang kuat. Kedua variabel ini memiliki arah hubungan yang berlawanan, artinya *perceived barriers* yang kurang akan diikuti dengan perilaku kunjungan ulang secara rutin. Hasil penelitian didapatkan mayoritas responden memiliki *perceived barriers* yang kurang sebanyak 78 responden.

Mayoritas responden memilih jawaban tidak (0) untuk menjawab kuesioner tentang *perceived barriers*. Terdapat 65 responden melakukan kunjungan ulang secara rutin dengan *perceived barriers* yang kurang. Data tersebut menunjukkan bahwa responden tidak memiliki halangan atau memiliki sedikit halangan dalam melakukan kunjungan ulang secara rutin.

Mayoritas responden memiliki *perceived barriers* yang kurang, dengan demikian kemungkinan responden rutin dalam melakukan kunjungan ulang. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan apabila masalah atau hambatan ditemukan dalam upaya pencegahan suatu penyakit, maka persepsi individu untuk melakukan upaya pencegahan semakin kecil, sebaliknya persepsi individu akan semakin besar apabila masalah atau hambatan yang akan ditemukan dalam upaya pencegahan semakin kecil (Rosenstock, 1974). Responden dengan *perceived barriers* yang kurang akan cenderung melakukan kunjungan ulang secara rutin. *Perceived barriers* meliputi beberapa komponen, yaitu kondisi memalukan, ketakutan akan rasa sakit, pengetahuan dan kewaspadaan, sikap, kesulitan dalam mendapatkan, kurangnya dukungan, waktu dan biaya (Julinawati *et al.*, 2013). *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, Rimer and Viswanath, 2008).

Persepsi seseorang terhadap hambatan yang dialami mengenai perilaku kesehatan tertentu merupakan salah satu faktor utama penentu perilaku kesehatan. Terdapat 3 responden berkode 42, 53, 68 dengan hambatan yang cukup

namun tetap melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin. Salah satu dasar pengambilan keputusan adalah pengalaman, karena dari pengalaman seseorang dapat memperkirakan suatu keadaan, memperhitungkan untung rugi, baik buruknya keputusan yang akan diambil (Hasan, 2004). Didapatkan data bahwa ke-3 responden tersebut memiliki *perceived benefits* yang tinggi, sehingga meskipun individu memiliki cukup hambatan tetapi sudah merasakan manfaat yang tinggi maka individu tersebut akan melakukan perilaku yang sehat. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa terdapat hubungan antara *perceived barriers* dengan perilaku kunjungan (Suwandar, 2016).

5.2.6 Hubungan *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan signifikan antara *cues to action* dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin dengan tingkat hubungan sangat kuat. Hasil penelitian didapatkan mayoritas responden memiliki *cues to action* yang cukup kuat sebanyak 58 responden. Mayoritas responden memilih jawaban ya (1) untuk menjawab kuesioner tentang *cues to action*. Mayoritas responden menyetujui pernyataan parameter nomor 1, 2, 3, dan 5 yang menyebutkan jika suami, keluarga, petugas kesehatan, dan teman/tetangga memberikan dorongan atau informasi mengenai kunjungan ulang pasca pemasangan IUD secara rutin.

Cues to action merupakan faktor dari luar yang mendukung seseorang untuk mengadopsi suatu perilaku sehat, individu memutuskan untuk melakukan sesuatu atau tidak, kembali pada penilaian individu itu sendiri (Andrianti, 2015). Kesiapan dalam melakukan suatu tindakan atau perilaku juga diperkuat

oleh faktor dari luar diri individu. *Cues to action* adalah rangsangan yang dirasakan seseorang sehingga menimbulkan suatu perilaku sehat (Hall, 2012). Responden yang memiliki *cues to action* cukup kuat cenderung melakukan kunjungan ulang secara rutin. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata responden dengan *cues to action* yang cukup kuat memiliki sikap yang positif terhadap perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

Terdapat pula responden dengan *cues to action* yang kurang namun tetap melakukan kunjungan ulang sebanyak 5 responden (4,9%). Hasil statistik ditemukan ke-5 responden tersebut (2,8,16,18,30) memiliki *cues to action* yang kurang namun tingkat *perceived susceptibility* mereka tinggi, sehingga mereka melakukan kunjungan ulang secara rutin. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa dengan adanya kerentanan dan atau keparahan yang terhadap suatu penyakit, meskipun dengan dorongan yang kurang dapat memicu respon untuk melakukan suatu upaya pencegahan (Rosenstock, 1974). Kesiapan dalam melakukan suatu tindakan atau perilaku juga diperkuat oleh faktor dari luar diri individu. Mayoritas responden memilih mendapat dukungan untuk melakukan kunjungan ulang IUD dari petugas kesehatan. Dukungan dari tenaga kesehatan profesional merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan dalam melakukan perilaku sehat (Puspita, 2016). Dukungan petugas kesehatan menjadi dukungan paling kuat, hal ini dikarenakan petugas kesehatan dianggap lebih mengetahui ilmu mengenai efek samping yang didapatkan dari penggunaan IUD, komplikasi dan kegagalan dari penggunaan IUD. Untuk berperilaku sehat, terkadang masyarakat bukan hanya memerlukan pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku

contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, termasuk petugas kesehatan. Ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku dari petugas kesehatan akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Hal ini menunjukkan peran petugas kesehatan sudah cukup baik dalam melakukan konseling dan memberikan informasi terkait pentingnya melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada BAB ini akan membahas mengenai kesimpulan dan saran dari penelitian analisis faktor yang berhubungan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD berdasar *health belief model*.

6.1 Kesimpulan

1. *Perceived susceptibility* memiliki hubungan dengan perilaku kunjungan ulang IUD sehingga peserta KB IUD yang merasa bahwa mereka rentan akan cenderung untuk melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin.
2. *Perceived seriousness* dan perilaku kunjungan ulang IUD memiliki hubungan. Responden yang merasa bahwa efek samping, komplikasi, dan kegagalan IUD adalah hal yang serius, maka peserta KB IUD akan melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin.
3. *Perceived benefit* memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Semakin tinggi seseorang merasakan manfaat dari kunjungan ulang IUD, maka semakin tinggi pula kecenderungan seseorang melakukan perilaku kunjungan ulang IUD secara rutin.
4. Faktor *perceived self-efficacy* dan perilaku kunjungan ulang IUD memiliki hubungan yang signifikan. Peserta KB IUD yang memiliki persepsi terhadap kemampuan dan kepercayaan diri yang tinggi bahwa dia mampu melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin, maka mereka akan cenderung untuk melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin.
5. *Perceived barrier* memiliki hubungan kearah negatif dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Jika hambatan yang dialami peserta IUD tinggi akan

membuat peserta KB IUD untuk tidak melakukan kunjungan ulang IUD dan sebaliknya.

6. *Cues to action* memiliki hubungan dengan perilaku kunjungan ulang IUD. Semakin tinggi dorongan dan dukungan yang dimiliki peserta KB IUD, maka semakin tinggi pula kecenderungan peserta KB IUD untuk melakukan kunjungan ulang IUD.

6.2 Saran

1. BKKBN

BKKBN dapat lebih meningkatkan upaya promosi kesehatan yang kreatif mengenai metode pentingnya melakukan kunjungan ulang secara rutin sehingga diharapkan dapat membantu mengurangi angka kejadian komplikasi dan kegagalan IUD, karena terbukti adanya hubungan antara faktor-faktor *health belief model* yaitu *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self-efficacy* dan *cues action* pada perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

2. Bagi responden

Responden atau peserta aktif KB IUD diharapkan lebih aktif mencari informasi terkait pentingnya melakukan kunjungan ulang IUD secara rutin. Bertukar informasi dengan teman dekat, keluarga atau berkonsultasi dengan bidan atau petugas kesehatan untuk mendapatkan informasi pengalaman dan informasi terkait gejala-gejala yang mungkin bisa menjadi dampak negatif kontrasepsi IUD, sehingga bisa segera ditangani dan dihindari

3. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian mengenai faktor-faktor *health belief model* dalam perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

DAFTAR PUSTAKA

- Alhamda, S. (2015) *Buku Ajar Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Andrianti, N. (2015) *Analisis Faktor Praktik Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) Berdasarkan Teori Health Belief Model Pada Mahasiswi Program Sarjana Keperawatan Unair*.
- Ariati, L. P. S. (2016) *FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUNJUNGAN ULANG PASCA PEMASANGAN IUD DI PUSKESMAS I DENPASAR TIMUR TAHUN 2016*. Denpasar.
- Bandura, A. (1977) 'Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change', *Psychological Review*, 84, pp. 191–215.
- Bandura, A. (1994) 'Self-Efficacy', *Encyclopedia of human behavior*, 4(1994), pp. 71–81. doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0836.
- Champion & Skinner (2008) *The Health Belief Model*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Crosignani, P. G. (2008) 'Intrauterine devices and intrauterine systems', *Human Reproduction Update*, 14(3), pp. 197–208. doi: 10.1093/humupd/dmn003.
- Dennis, J., Trainee, C. G., Centres, A., & Health, R. (2007) 'ACULTY OF FAMILY PLANNING AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE OF THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS Faculty Topics A CPD Self-Assessment Test IUDs : Which device ?', 28(2), pp. 61–69.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2015) 'Profil Kesehatan Tahun 2015'.
- Fadiloglu, S. *et al.* (2018) 'Relationship between copper IUD complications and ultrasonographic findings', *Archives of Gynecology and Obstetrics*. Springer Berlin Heidelberg, 297(4), pp. 989–996. doi: 10.1007/s00404-018-4711-y.
- Febri, R. I. (2015) *Analisi Faktor Dominan Perilaku Tes HIV Berdasarkan Teori Health Belief Model pada Ibu Hamil di Puskesmas Mulyorejo Surabaya*. Surabaya.
- Fitri, H. R. (2015) *Analisi Faktor Perilaku Pemilihan Metoda Kontrasepsi Pada Pria Pasangan Usia Subur Berdasarkan Health Belief Model (HBM) di Wilayah Kecamatan Kenjeran Surabaya, Skripsi:*
- French, K. (2015) *Kesehatan Seksual*. Edited by B. (Penerjemah) Angelina. Jakarta: Bumi Medika.
- Ganer, H. *et al.* (2009a) 'Pregnancy outcome in women with an intrauterine contraceptive device', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Mosby, 201(4), p. 381.e1-381.e5. doi: 10.1016/J.AJOG.2009.06.031.
- Ganer, H. *et al.* (2009b) 'SMFM Papers Pregnancy outcome in women with an

- intrauterine contraceptive device', *YMOB*. Elsevier Inc., 201(4), p. 381.e1-381.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.031.
- Glanz, K., Rimer, B. K. and Viswanath, K. (2008) *Health Behaviour and Health Education, Health Education*. doi: 10.1016/S0033-3506(49)81524-1.
- Hall, K. S. (2012) 'The Health Belief Model Can Guide Modern Contraceptive Behavior Research and Practice'. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00110.x.
- Handayani, S. (2010) *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hartanto (2007) *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. 2nd edn. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Hasan, M. I. (2004) *Poko-pokok Materi: Teori Pengambilan Keputusan*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Hayden, J. (2009) *Introduction to Health Behavior Theory*. 1st edn. Burlintong: Jones & Bartlett Learning.
- Hayden, J. (2014) *Introduction to Health Behavior Theory*. Second. Edited by Chloe Falivence. United States: Jones & Bartlett Learning.
- Hayden, J. (2018) *Introduction to Health Behavior Theory*. 3rd edn. United States: Jones & Bartlett Learning.
- Heinemann, K. *et al.* (2015) 'Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices', *Contraception*. The Authors, 91(4), pp. 274–279. doi: 10.1016/j.contraception.2015.01.007.
- Heinemann, K. *et al.* (2017) 'IUD use among parous women and risk of uterine perforation: a secondary analysis', *Contraception*. Elsevier Inc. doi: 10.1016/j.contraception.2017.03.007.
- Hochbaum, G. M. (1958) *Public Participation in Medical Screening Program: A Socio-psychological Study (Public Health Service Publication No. 572)*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Howard, D. L., Wayman, R. and Strickland, J. L. (2013) 'Satisfaction with and Intention to Continue Depo-Provera Versus the Mirena IUD among Post-Partum Adolescents through 12 Months of Follow-Up', *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. Elsevier, 26(6), pp. 358–365. doi: 10.1016/J.JPAG.2013.07.013.
- Jean K Langlie (1977) 'Social Networks, Health Beliefs, and Preventive Health Behavior', *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), pp. 244–260.
- Julinawati, S. *et al.* (2013) 'a Review of the Perceived Barriers Within the Health Belief Model on Pap Smear Screening As a Cervical Cancer Prevention Measure', *Journal of Asian Scientific Research*, 3(6), pp. 677–692.

- Kapp, N. and Curtis, K. M. (2009) 'Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review', *Contraception*. Elsevier, 80(4), pp. 327–336. doi: 10.1016/J.CONTRACEPTION.2009.03.024.
- Kemendes (2014) 'Situasi dan Analisis Keluarga Berencana', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, p. 2. Available at: <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-harganas.pdf>.
- Khalil; et al (2017) 'Unmet Need and Demand for Family Planning Among Married Women of Abha , Aseer Region in Saudi Arabia', *Middle East Fertility Society Journal*. Middle East Fertility Society, pp. 0–4. doi: 10.1016/j.mefs.2017.07.004.
- De Kroon, C. D. *et al.* (2003) 'The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study', *Human Reproduction*, 18(11), pp. 2323–2327. doi: 10.1093/humrep/deg433.
- Manuaba, I. B. G. (1998) *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
- Maulana, H. D. J. (2007) *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. Available at: [https://books.google.co.id/books?id=sDKnWExH6tQC&pg=PR4&dq=buku+maulana+promosi+kesehatan+2007&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj50__9iuLaAhUW6bwKHTxsCmwQ6AEIKDAA#v=onepage&q=buku maulana promosi kesehatan 2007&f=false](https://books.google.co.id/books?id=sDKnWExH6tQC&pg=PR4&dq=buku+maulana+promosi+kesehatan+2007&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj50__9iuLaAhUW6bwKHTxsCmwQ6AEIKDAA#v=onepage&q=buku%20maulana%20promosi%20kesehatan%202007&f=false).
- Maulana, M. (2009) *Tanya Jawab Lengkap dan Praktis Seputar Reproduksi, Kehamilan, dan Merawat Anak secara Medis dan Psikologis*. Yogyakarta: Tunas Publishing.
- Miller, S. K. (2013) *Adult Nurse Practitioner Certification Review Guide*. 5th edn. Edited by S. Bempkins. United States: Kevin Sullivan. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=g98R9u5GZBQC&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>.
- Milton, S. H. (2016) 'Intra Uterine Device Insertion'.
- Moschos, E. and Twickler, D. M. (2011) 'Intrauterine devices in early pregnancy : findings on ultrasound and clinical outcomes', *YMOB*. Elsevier Inc., 204(5), p. 427.e1-427.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.12.058.
- Notoadmodjo, S. (2003) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2007) *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2010a) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2010b) *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka

Cipta.

- Nursalam (2015) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. 4th edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Puspita, E. (2016) 'Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Hipertensi dalam Menjalani Pengobatan di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang', *Skripsi*, p. Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang.
- Putri, R. P. *et al.* (2016) 'Efektivitas Intra Uterine Devices (IUD) Sebagai Alat Kontrasepsi Effectivity of Intra Uterine Devices (IUD) as a Contraception Devices'.
- Rosenstock, I M, Strecher, V.J., & Becker, M. H. (1988) 'Social Learning Theory and The Health Belief Model', *Health Education Quarterly*, 15(2), pp. 175–183.
- Rosenstock, I. M. (1960) 'What research in motivation suggests for public health', *Journal of Public Health*, 50(3), pp. 295–302.
- Rosenstock, I. M. (1974) 'Historical origins of the health belief model', *Health Education & Behavior*, 2(4), pp. 328–335. doi: 10.1177/109019817400200403.
- Saifuddin, A. B. (2010) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Salcedo, J., Sorensen, A. and Rodriguez, M. I. (2013) 'Cost analysis of immediate postabortal IUD insertion compared to planned IUD insertion at the time of abortion follow up', *Contraception*. Elsevier Inc., 87(4), pp. 404–408. doi: 10.1016/j.contraception.2012.11.011.
- Sofian, A. (2015) *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri: Obstetri Operatif dan Obstetri Sosial*. Jilid 2 Ed. Jakarta: Penerbit EGC.
- Stretcher, V. and Rosenstock, I. M. (1997) 'The Health Belief Model', *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, pp. 31–36. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x.
- Sugiyono (2007) *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suharti (2010) 'Hubungan Pengetahuan Dan Minat Akseptor Intra Uterine Device (Iud) Dengan Sikap Akseptor Tentang Kunjungan Ulang Pasca Pemasangan Iud'.
- Suparwati, R., Sasmito, L. and Misiyem (2013) 'Perubahan Sikap Akseptor Sebelum dan Sesudah Konseling Tentang Pemeriksaan Ulang Pasca Pemasangan IUD Di Desa Mangaran Kecamatan Ajung', *Jurnal Ikesma*, 9(1), pp. 56–64.
- Suwandaru, G. H. (2016) *Analysis of Factors Compliance Visits of Pregnant Women on Antenatal Care Based in Health Belief Model*. Surabaya.
- Tsikouras, P. *et al.* (2014) 'IUD in first-trimester abortion: Immediate intrauterine

contraceptive devices insertion vs delayed insertion following the next menstruation bleeding', *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 290(1), pp. 99–105. doi: 10.1007/s00404-014-3181-0.

Varney, H. (2006) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. 4 Vol 1. Jakarta: EGC.

Westhoff, C. (2007) 'IUDs and colonization or infection with Actinomyces', 75, pp. 48–50. doi: 10.1016/j.contraception.2007.01.006.

Lampiran-lampiran

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian

**PEMERINTAH KOTA SURABAYA**
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 22 Mei 2018

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Nomor : 070/4209/436.8.5/2018
Lampiran : -
Hal : Pengambilan Data Penelitian

di - SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 21 Mei 2018 Nomor : 1502/JN3.1.13/PPd/2018 Perihal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian

Pit. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama : Irsa Alfiani
b. Alamat : Jl. Siwalan Kerto No. 211 Kota Surabaya
c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
e. Kewarganegaraan : Indonesia

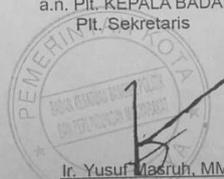
Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

a. Judul / Thema : Analisa Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Kunjungan Ulang Pasca Pemasangan IUD Berdasarkan Health Belief Model (HBM) Di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya
b. Tujuan : Pengambilan Data Penelitian
c. Bidang Penelitian : Kesehatan
d. Penanggung Jawab : Retnayu Pradanie, S.Kep., Ns., M.Kep
e. Anggota Peserta : -
f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dengan persyaratan : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukannya Penelitian/survey/kegiatan;
2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .

a.n. Pit. KEPALA BADAN,
Pit. Sekretaris


Ir. Yusuf Masruh, MM
Pembina
NIP 19671224 199412 1 001

Tembusan :
Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
2. Saudara yang bersangkutan.



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 18514 / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa ,Politik dan
Perlindungan Masyarakat
Nomor : 070/4209/436.8.5/2018
Tanggal : 22 Mei 2018
Hal : Penelitain
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Irsa Alfiani**
NIM :
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR
Alamat : Jl. Siwalan Kero Kota Surabaya
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi
Tema Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kunjungan
Ulang Pasca Pemasangan IUD Berdasarkan Health Belief
Model (HBM) di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sewu
Surabaya
Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juli Tahun 2018
Daerah / tempat : **Puskesmas Pucang Sewu**
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 22 Mei 2018
a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,


Nanik Sukristina, S.KM. M.Kes
Pembina Tk. I
NIP. 197001171994032008

<http://dinkes.surabaya.go.id>, Email : dkk_surabaya@yahoo.com

Lampiran 2. Surat Uji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 1001-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**“ANALISA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KUNJUNGAN ULANG PASCA PEMASANGAN IUD BERDASARKAN
HEALTH BELIEF MODEL (HBM)”**

<u>Peneliti utama</u>	: Irsa Alfiani
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 12 Juli 2018
Ketua (CHAIRMAN)



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 3. Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS PUCANG SEWU
JL. PUCANG ANOM TIMUR No 72 SURABAYA TELPON (031) 5018527

SURAT KETERANGAN
Nomor : 027/ 1023 /436.7.2.31/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : drg. Prasukma Yogawarti
NIP : 196504111990032005
Pangkat / Gol : Pembina Utama Muda IV/c
Jabatan : Kepala Puskesmas Pucang Sewu

menerangkan bahwa :

N a m a : Irsa Alfiani
NIM : -
Jurusan : Fakultas Keperawatan Unair

bahwa mulai Bulan Mei s/d Bulan Juli 2018, benar-benar melakukan Survey/ Penelitian untuk penyusunan Skripsi yang berjudul " Analisis Faktor yang Berhubungan dengan perilaku Kunjungan Ulang Pasca Pemasangan IUD Berdasarkan Health Belief Model (HBM) di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya " sampai selesai.

Demikian surat keterangan dibuat untuk dapat dipergunakan sebagai mana mertiya dan atas perhatian serta kerja samanya disampaikan terima kasih.

Surabaya, 6 Agustus 2018
Kepala Puskesmas Pucang Sewu



drg. Prasukma Yogawarti
Pembina Utama Muda IV/c
NIP : 196504111990032005

Tembusan disampaikan kepada Yth :

4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya (sebagai laporan)

E-mail : pkmpucangsewu@gmail.com

Lampiran 4 Lembar Penjelasan Responden

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN

Saya sebagai peneliti,

Nama : Irsa Alfiani

NIM : 131411131003

Program Studi : S1 Pendidikan Ners

Fakultas : Keperawatan

Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

Saya bermaksud melakukan penelitian ini dalam rangka penyusunan tugas akhir.

Judul Penelitian

Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kunjungan Ulang Pasca Pemasangan IUD Berdasarkan *Health Belief Model* (HBM) di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya

Tujuan

Menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD berdasarkan *Health Belief Model* (HBM) di wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya

Perlakuan yang diterapkan pada responden

Penelitian ini merupakan penelitian korelasional dengan pendekatan *cross-sectional* sehingga tidak ada perlakuan apapun untuk subjek. Responden hanya terlihat sebagai peserta yang akan menjawab beberapa pertanyaan perihal perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

Manfaat

Responden yang terlibat dalam penelitian ini akan mendapat pengetahuan tentang perilaku kunjungan ulang pasca pemasangan IUD.

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan responden dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini hanya dilakukan pengisian kuesioner.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan dampak yang merugikan responden dan apabila dalam penelitian ini responden tidak bersedia dijadikan responden maka peneliti akan mencari orang lainnya untuk dijadikan responden.

Jaminan kerahasiaan data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas Anda akan dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas Anda secara jelas pada laporan penelitian nama Anda dibuat kode.

Adanya insentif untuk subyek

Seluruh responden yang sangat membantu dalam penelitian ini, maka ada insentif berupa souvenir dari peneliti.

Informasi tambahan

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti:

Irsa Alfiani

Telp. 082257475761

Email : irsa294@gmail.com

Lampiran 5. Lembar Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

(INFORMED CONSENT)

Setelah mendapatkan penjelasan yang cukup tentang tujuan penelitian ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul “ *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kunjungan Ulang Pasca Pemasangan IUD Berdasarkan Health Belief Model (HBM) di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sewu Surabaya* “. Yang dilakukan Irsa Alfiani dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan akademik pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,

2018

Saksi

Responden

()

()

Lampiran 6. Kuesioner Data Demografi

KUESIONER PENELITIAN**DATA DEMOPGRAFI**

Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk : Berilah tanda (X) pada pilihan jawaban a, b, c, dan seterusnya sesuai dengan identitas responden. Jika pilihan terdapat tanda (*) tulislah jawaban sesuai dengan identitas responden.

A. Data Umum Responden

1. Usia :
2. Alamat :
3. No Telp/HP :
4. Usia pernikahan sekarang
 - a. 1-5 tahun
 - b. 6-10 tahun
 - c. 11-20 tahun
 - d. >20 tahun
5. Pendidikan terakhir

a. Tidak tamat SD,	d. Tamat SMA/ sederajat
b. Tamat SD/MI/ sederajat,	e. Perguruan Tinggi
c. Tamat SMP/ sederajat,	
6. Pekerjaan

a. PNS,	d. Ibu rumah tangga,
b. Pegawai swasta,	e. Buruh
c. Pedagang,	f. Lain-lain sebutkan
7. Penghasilan keluarga perbulan
 - a. < Rp. 1.000.000
 - b. Rp. 1.000.000, - Rp. 3.000.000,
 - c. > Rp. 3.000.000
8. Jumlah anak (masih hidup) (isikan angka)
9. Lama penggunaan IUD bulan (isikan angka)

Lampiran 7 Kuesioner HBM Perilaku Kunjungan Ulang KB IUD

Kuesioner Faktor *Health Belief Model* (HBM) Terhadap Perilaku Kunjungan Ulang Pasca Pemasangan IUD

(dimodifikasi dari (Fitri, 2015))

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

1. Berilah tanda (\checkmark) pada kolom jawaban penilaian yang ada di sebelah kanan pernyataan yang Anda anggap benar dan sesuai dengan apa yang Anda pikirkan / rasakan.
2. Pilihan jawabannya sebagai berikut:
 SR : Sangat Rentan
 R : Rentan
 C : Cukup Rentan
 TR : Tidak Rentan
 STR : Sangat Tidak Rentan
3. Pilihan jawabannya sebagai berikut:
 SS : Sangat Setuju
 S : Setuju
 N : Netral
 TS : Tidak Setuju
 STS : Sangat Tidak Setuju

A. *Perceived Susceptibility*

No.	Pertanyaan	Pilihan Jawaban				
		SR	R	C	TR	STR
1.	Saya merasa jika saya tidak melakukan kunjungan ulang, saya berpotensi untuk mengalami komplikasi, efek samping, dan kegagalan dalam KB IUD.					
2.	Menurut saya, kunjungan ulang perlu saya lakukan karena saya pengguna KB IUD					
3.	Saya merasa bahwa peluang saya mengalami komplikasi, efek samping, dan kegagalan dalam KB IUD di masa depan lebih tinggi					
4.	Saya khawatir jika terkena komplikasi, efek samping, dan kegagalan KB IUD					

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

Berilah tanda (\surd) pada kolom jawaban penilaian yang ada di sebelah kanan pernyataan yang Anda anggap benar dan sesuai dengan apa yang Anda pikirkan / rasakan.

B. *Perceived Seriousness*

No.	Pertanyaan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1.	Memikirkan tentang komplikasi, efek samping, dan kegagalan IUD membuat saya cemas					
2.	IUD yang tidak terkontrol dapat menyebabkan infeksi					
3.	IUD yang tidak terkontrol dapat menyebabkan saya berisiko mengalami kehamilan					
4.	Jika saya mengalami komplikasi, efek samping, dan kegagalan IUD akan berpengaruh buruk bagi kondisi keluarga					
5.	Jika saya mengalami komplikasi, efek samping, dan kegagalan IUD akan berpengaruh buruk bagi kehidupan sosial					
6.	Jika saya mengalami komplikasi, efek samping, dan kegagalan IUD saya merasa tidak bisa mengurus keluarga (suami dan anak) secara maksimal					

C. *Perceived Benefits*

No.	Pertanyaan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1.	Saya mendapatkan keuntungan jika melakukan kunjungan ulang IUD					
2.	Kunjungan ulang bisa membantu saya menghindari terjadinya komplikasi, efek samping, dan kegagalan IUD					
3.	Saya tidak khawatir terjadi komplikasi, efek samping, dan kegagalan IUD karena saya melakukan kunjungan ulang IUD					

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

Berilah tanda (\surd) pada kolom jawaban penilaian yang ada di sebelah kanan pernyataan yang Anda anggap benar dan sesuai dengan apa yang Anda pikirkan / rasakan.

D. *Perceived Self Efficacy*

No.	Pertanyaan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1.	Saya memutuskan sendiri untuk melakukan kunjungan ulang IUD					
2.	Saya melakukan kunjungan ulang IUD karena saya pengguna IUD					
3.	Saya melakukan kunjungan ulang IUD sesuai jadwal yang ditentukan oleh bidan/dokter/puskesmas					
4.	Saya melakukan kunjungan ulang IUD jika mengalami keluhan					

E. *Perceived Barriers*

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Saya tidak melakukan kunjunga ulang IUD karena berbenturan dengan jadwal kerja		
2.	Saya tidak melakukan kunjunga ulang IUD karena merawat anak		
3.	Saya takut melakukan kunjungan ulang IUD		
4.	Saya merasa malu jika melakukan kunjungan ulang IUD		
5.	Saya sering menunda untuk melakukan kunjungan ulang IUD		

F. Cues to Action

Petunjuk pengisian: berilah tanda (\checkmark) pada salah satu jawaban yang Anda rasa paling memberikan dukungan dalam melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD

Saya mendapatkan dukungan untuk melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan IUD dari:

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Suami saya mendukung saya untuk melakukan kunjungan ulang IUD		
2.	Keluarga saya menyarankan saya untuk melakukan kunjungan ulang secara rutin		
3.	Petugas kesehatan memberikan informasi mengenai jadwal kunjungan ulang selanjutnya		
4.	Saya mengetahui tentang kunjungan ulang IUD dari media masa (internet, TV, radio, majalah, dll)		
5.	Teman/tetangga saya menyarankan saya untuk melakukan kunjungan ulang secara rutin		

G. Perilaku

Petunjuk pengisian: berilah tanda (√) pada salah satu jawaban yang Anda pilih

1. Apakah anda melakukan kunjungan ulang KB IUD secara rutin?

Ya

Tidak