



**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP SUAMI
TENTANG KB DENGAN KEIKUTSERTAAN SUAMI
SEBAGAI AKSEPTOR KB DI PERUMAHAN PANJI LARAS
INDAH, KELURAHAN TEGAL BAGO, KECAMATAN
ARJASA, KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi syarat-syarat untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (SI) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

Fairus Faiz
NIM. 0220101037

Aksi :	Hediah	Klasifikasi
Terima :	22 FEB 2007	613.814
Katalog :		FAI h

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2006**

PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah yang maha pengasih lagi maha penyayang,
Kupersembahkan karya tulis ilmiah ini untuk :

Kedua orang tua tercinta

Ibunda Tien Abdullah, penerang jiwaku setiap waktu! Dan Ayahanda Faiz Faisal,
Terima kasih atas segala cinta dan kasih sayang yang tiada pernah berakhir dan tak
pernah berkurang.

Terima kasih atas segala do'a, harapan, dukungan, bimbingan, dan nasehat yang tak
pernah lekang oleh waktu.

Terima kasih atas semangat yang engkau berikan disaat aku merasa putus asa.
Terima kasih atas segala kesabaran dan kebahagiaan dalam setiap detik hari-hariku
sedari kecil hingga saat ini

Terima kasih atas segalanya yang tak dapat ananda sebutkan satu persatu!
Aku sayang ummi aba!

Seluruh keluarga besar Alm. Abdullah Basandik dan Alm. Faisal Bamajibur!

Agama, almamater dan dunia kecokteran yang telah menjadi bagian hidupku!

MOTTO

Kehidupan adalah kesempatan untuk kita mencurahkan potensi diri kita untuk orang lain.

Kehidupan adalah kesempatan untuk kita berbagi suka dan duka dengan orang-orang yang kita sayangi.

Kehidupan adalah kesempatan untuk kita bisa mengenal orang lain.

Kehidupan adalah kesempatan untuk kita melayani setiap urat manusia.

Kehidupan adalah kesempatan untuk kita mencintai pasangan kita, orangtua kita, saudara, serta mengasihi sesama kita.

Kehidupan adalah kesempatan untuk kita belajar dan terus belajar tentang arti kehidupan.

Kehidupan tidak lain adalah kesempatan untuk menggapai jannah-Nya

Kehidupan adalah kesempatan untuk kita selalu mengucapkan syukur kepada Allah SWT.

Maka sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya sesudah kesulitan ada kemudahan! (Alam Nasyrat 4-5)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Fairus Faiz

NIM 022010101037

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul "Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Suami Tentang KB Dengan Keikutsertaan Suami Sebagai Akseptor KB Di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Jember" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 22 Desember 2006

Yang menyatakan,

Fairus Faiz

022010101037

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP SUAMI TENTANG KB
DENGAN KEIKUTSERTAAN SUAMI SEBAGAI AKSEPTOR KB DI
PERUMAHAN PANJI LARAS INDAH KELURAHAN TEGAL
BAGO, KECAMATAN ARJASA, KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Fairus Faiz
NIM022010101037

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Hj. Sri Utami, S.KM., M.M.

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Prasetio Kirmawanto, M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi ini diterima oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada:

hari : Jum'at
tanggal : 22 Desember 2006
tempat : Fakultas Kedokteran
Universitas Jember

Tim penguji :

Ketua,



Hj. Sri Utami, S.KM., M.M.
NIP. 140 075 647

Sekretaris,



dr. Prasetio Kimawanto, M.Kes
NIP. 132 232 803

Anggota,



dr. Diana Chusna Mufida, M. Kes
NIP. 132 334 467

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kedokteran



dr. Wasis Prajitno, Sp. OG.
NIP. 140 062 229

RINGKASAN

Hubungan Pengetahuan dan Sikap Suami Tentang KB dengan Keikutsertaan Suami Sebagai Akseptor KB di Perumahan Panji Laras Indah, Kelurahan Tegal Bago, Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember, Fairus Faiz, 022010101037; 2006; 77 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB, mengingat pengetahuan dan sikap suami yang benar tentang KB merupakan aspek penting untuk meningkatkan partisipasi pria dalam Keluarga Berencana guna menyukseskan penyeteraan gender, kesejahteraan, dan keharmonisan dalam rumah tangga. Jenis penelitian ini merupakan penelitian survei yang dilakukan pada tanggal 13-20 Mei 2006, dengan sampel penelitian adalah suami berusia subur yaitu berusia 15-49 tahun di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Menggunakan teknik total sampel sebanyak 48 responden. Variabel *independent* dari penelitian ini adalah pengetahuan suami tentang KB dan sikap suami tentang KB, sedangkan variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah keikutsertaan suami sebagai akseptor KB.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 91,7% responden memiliki pengetahuan tinggi dan 8,3% responden memiliki pengetahuan sedang tentang KB. Sebanyak 33,3% responden memiliki sikap sangat positif, 60,4% memiliki sikap positif, dan 6,3% responden memiliki sikap negatif tentang KB. Sebanyak 33,3% responden ikut serta sebagai akseptor KB pria, dan sebanyak 66,7% responden tidak ikut serta sebagai akseptor KB. Dari hasil analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh probabilitas 0,140 ($\alpha = 0,05$) baik pada hubungan pengetahuan dengan keikutsertaan maupun pada hubungan sikap dengan keikutsertaan, hal ini berarti H_0 diterima.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Jember.



PRAKATA

Syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT atas segala limpahan nikmat, rahmat, berkah, dan karuniaNya yang tak terhingga. Serta atas segala petunjuk dan kemudahan yang senantiasa diberikan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Semoga shalawat serta salamNya dicurahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabat.

Rasa hormat dan terima kasih kepada orang tua tercinta ummi Dra. Hj. Tien Abdullah dan aba Drs. H. Faiz Faisal yang senantiasa dengan tulus mencurahkan bimbingan, doa, dukungan, dan kepercayaan dalam mengiringi di setiap langkah penyusunan karya tulis ilmiah ini hingga selesai.

Rasa hormat dan terima kasih atas segala dukungan dan arahan kepada:

1. dr. Wasis Prajitno Sp. OG., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
2. Hj. Sri Utami, SKM, MM selaku dosen pembimbing utama, dr. Prasetyo Kirmawanto, M.Kes., selaku dosen pembimbing anggota I dan dr. Diana Chusna Mufida, M.Kes. selaku dosen penguji anggota yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran, dan perhatiannya memberikan segenap pengetahuan yang dimiliki dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini
3. dr. Enny Suswati M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik atas bimbingan dan arahan selama menempuh kuliah kedokteran.
4. Bapak Slamet selaku ketua RW.04, dan Drs. Sunoto selaku ketua RT.03 Perumahan Panjilaras Indah Arjasa Jember atas segala bantuan dan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi dan selama penelitian.
5. Keluarga besar Alm. Abdullah Basandik dan Alm. Faisal Bamajibur, Alm. Babah Maimunah, Halatih Zaitun dan Khadijah, terima kasih atas segala doa, bimbingan, perhatian, dan kasih sayang dari kecil hingga saat ini. Babah Tien, Jiddih Majid dan keluarga besar terima kasih atas segala doa dan dukungan selama ini.

6. Adik-adikku tercinta, Nurfaidah terima kasih untuk selalu ada disisiku diwaktu sedih dan senang, terima kasih dukungannya! Cepetan nyusul yach...! My very sweet, cute, and handsome little brother Fahdi to always missing me and your attention when I have an exam. Love you bro! Keep study hard!
7. My very best friend Niswah and Mei, for all your understanding, your patient and support to be with me until this far, thank you so much! I love you more than you know!
8. My best friend, E. K. Saputra thanks for the time you share and through with me! For the unforgettable lesson you thought me! I do appreciate that! True friend, friend forever! Rifki my sweetheart, there is just no words to describe how I thank for all your kindness, your help, and your advice. It's mean so much for me! I just don't know what to do without you! Chi2 honey, thanks to be with me through the joy and the pain, to always listen to me! You always bring smile into my day! Dina *peespede* my chubby best friend! Thanks for everything! I love you girl!
9. Messy the lovely one, thanks to be one of my best friend! To share with me! You're one of the sweetest things in my life! Vieta my lovely sister! Thanks to be with me! Both of you! Keep slim girls!
10. My house mate from the beginning until now, elok, irma, mela, dina, fifit (lari yuk...!), mbak maya, mbak rina, agrumpi yuk... =)
11. Teman-teman angkatan 2002, you're the best I ever had! Keep fight! Keep struggle! We know we can do the best!
12. Kakak angkatan 2000 dan 2001, serta adik-adik 2003, 2004, dan 2005 terima kasih atas bimbingan dan dukungannya selama ini.
13. Semua pihak yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung hingga terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih terdapat banyak kekurangan, namun penulis berharap karya tulis ini bermanfaat bagi seluruh pembaca.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN.....	viii
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Keluarga Berencana di Indonesia.....	5
2.2 Kontrasepsi Keluarga Berencana.....	9
2.2.1 Kontrasepsi Untuk Wanita.....	10
2.2.2 Kontrasepsi Untuk Pria.....	13
2.2.3 Kontrasepsi Natural.....	16
2.3 Perilaku.....	17
2.4 Pengetahuan.....	22
2.5 Sikap.....	29

2.6 Praktek atau Tindakan	32
2.7 Gambaran Lokasi Penelitian	32
2.8 Kerangka Penelitian	33
2.9 Hipotesa Penelitian	35
BAB 3. METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis Penelitian	36
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	36
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	36
3.3.1 Populasi Penelitian	36
3.3.2 Sampel Penelitian	36
3.3.3 Kriteria Sampel	37
3.3.4 Besar Sampel	37
3.4 Identifikasi Variabel	37
3.5 Definisi Operasional	37
3.6 Pengolahan Data	39
3.7 Alur Penelitian	40
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian	41
4.1.1 Analisis Deskriptif	41
4.1.2 Analisis Statistik	66
4.2 Pembahasan	68
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	74
5.2 Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN	78

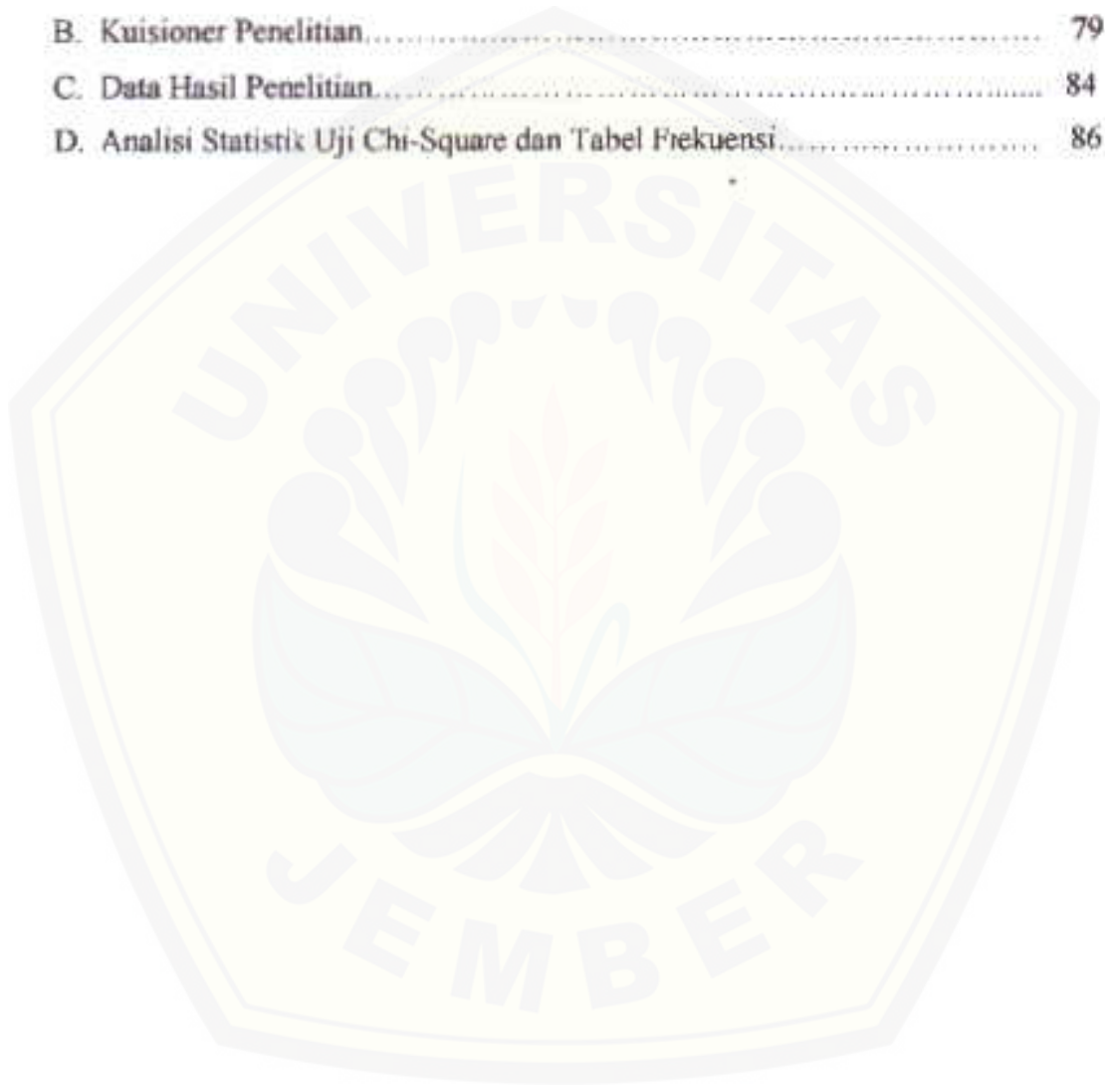
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1.1 Unsur-unsur perilaku bagi individu sebagai individu.....	18
1.2 Unsur-unsur perilaku bagi individu sebagai kelompok.....	19
1.3 Teori lingkaran sebagai sistem siklik.....	20
2.1 Urutan terjadinya perilaku menurut Teori Rogers (1974).....	23
2.2 Tahapan Teori <i>Innovation Decision Process</i>	27
3.1 Uraian persepsi sikap.....	30
4.1 Kerangka konseptual.....	34
5. Alur Penelitian.....	40
6.1 Grafik tingkat pendidikan responden.....	41
6.2 Grafik distribusi pekerjaan responden.....	42
6.3 Grafik distribusi penghasilan responden.....	42
6.4 Grafik distribusi jumlah anak responden.....	43
6.5 Grafik distribusi usia perkawinan responden.....	43
7.1 Grafik tingkat pengetahuan responden.....	44
7.2 Grafik distribusi jawaban pengertian KB.....	45
7.3 Grafik distribusi jawaban tujuan program KB.....	46
7.4 Grafik distribusi jawaban sasaran program KB.....	47
7.5 Grafik distribusi jawaban syarat kontrasepsi ideal.....	48
7.6 Grafik distribusi jawaban usia reproduktif sehat wanita yang cukup sehat untuk hamil.....	49
7.7 Grafik distribusi jawaban usia kehamilan beresiko tinggi.....	50
7.8 Grafik distribusi jawaban jarak paling baik antar anak ditinjau dari fisik dan mental ibu.....	51
7.9 Grafik distribusi jawaban metode kontrasepsi yang tidak menggunakan alat/abat/operasi.....	52
7.10 Grafik distribusi jawaban metode kontrasepsi mantap untuk pria.....	53
7.11 Grafik distribusi jawaban efek samping obat/alat kontrasepsi.....	54
8.1 Grafik distribusi sikap suami tentang KB.....	55

8.2	Grafik distribusi pernyataan kesejahteraan keluarga lebih mudah tercapai melalui KB.....	56
8.3	Grafik distribusi pernyataan KB menyalahi kodrat manusia.....	57
8.4	Grafik distribusi pernyataan mempunyai dua anak laki-laki atau perempuan sudah cukup.....	58
8.5	Grafik distribusi pernyataan sebaiknya kontrasepsi hanya digunakan oleh istri.....	59
8.6	Grafik distribusi pernyataan sebaiknya kontrasepsi digunakan baik oleh istri maupun suami.....	60
8.7	Grafik distribusi pernyataan penggunaan alat kontrasepsi dapat mengganggu hubungan seksual.....	61
8.8	Grafik distribusi pernyataan jika jumlah anak sudah cukup sebaiknya dilakukan kontrasepsi mantap atau sterilisasi.....	62
8.9	Grafik distribusi pernyataan kontrasepsi pria dapat menurunkan libido dan kemampuan ereksi.....	63
8.10	Grafik distribusi pernyataan kehamilan tidak beresiko pada usia berapapun sebelum wanita menopause.....	64
8.11	Grafik distribusi pernyataan sebaiknya kontrasepsi tidak digunakan karena memiliki beberapa efek samping.....	65
9.	Grafik distribusi keikutsertaan suami sebagai akseptor KB.....	66

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pernyataan Persetujuan (<i>informed consent</i>).....	78
B. Kuisioner Penelitian.....	79
C. Data Hasil Penelitian.....	84
D. Analisa Statistik Uji Chi-Square dan Tabel Frekuensi.....	86





BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kependudukan dewasa ini merupakan masalah penting yang mendapat perhatian dan pembahasan yang serius dari peminat dan ahli kependudukan, baik di seluruh dunia termasuk di Indonesia. Pertambahan penduduk yang cepat dan tidak seimbang dengan naiknya produksi akan mengakibatkan terjadinya tekanan-tekanan yang berat pada sektor penyediaan pangan, sandang, perumahan, lapangan kerja, fasilitas kesehatan, pendidikan, pengangkutan, perhubungan dan sebagainya. Pertambahan penduduk yang tidak terkendali, dapat membahayakan aspirasi penduduk untuk memperbaiki tingkat hidupnya, lahir dan batin melalui usaha upaya pembangunan (Mochtar, 1998 : 249).

Jumlah penduduk Indonesia berdasarkan sensus penduduk tahun 2000 berjumlah 206.264.595 jiwa (BPS, 2000). Hingga saat ini Indonesia masih menduduki urutan ke-5 di dunia dalam jajaran negara berpenduduk besar. Dalam menanggulangi masalah kependudukan ini, pemerintah melaksanakan kebijakan transmigrasi dan program keluarga berencana (KB) (Mochtar, 1958 : 253). Program KB mengalami perkembangan pesat, baik ditinjau dari sudut tujuan, ruang lingkup geografis, pendekatan, cara operasional, dan dampaknya terhadap pencegahan kelahiran (Prawirohardjo, 2002 : 889).

Wanita usia subur, yang menjadi sasaran dalam program KB, mendapat perhatian yang lebih banyak dibandingkan dengan kaum pria karena produksi sel telur yang hanya satu perbulan lebih mudah diatasi dibanding jutaan benih pria, namun sesungguhnya pria juga mempunyai andil yang besar. Menurut Mabsjah 2002, peneliti di Pusat Kajian Pembangunan Masyarakat Universitas Atmajaya, peran pria dalam KB masih rendah meskipun pria memegang peranan yang kuat terhadap

pilihan jenis kontrasepsi pasangannya. Rendahnya keikutsertaan pria seringkali didukung oleh lingkungan sekitarnya. Hal ini dicontohkan adanya pria menggondong bayi, mengantar istrinya ke tempat pelayanan KB. Tapi ketika mendapat giliran masuk pria tersebut hanya menunggu di luar dan tidak diajak bicara. Padahal, bila ingin melibatkan pria dalam program KB, seharusnya tidak demikian, apalagi dalam budaya masyarakat kita, pria lebih didengarkan, baik oleh isteri maupun ibunya (Handayani, 1999 : 75).

Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002/2003, prevalensi pemakaian kontrasepsi perempuan 55,8% sedangkan pria hanya 1,3%. Dalam UU no.25 th 2000 tentang Propenas ditargetkan pencapaian keikutsertaan pria dalam KB pada tahun 2004 sebesar 8%. Namun dalam kenyataan keikutsertaan pria hanya 4,4%. Di negara Malaysia jumlah pria ber-KB saat ini mencapai 13%, Iran 10%, Jepang 80%, dan Amerika Serikat 35%. Karena itu, Kepala BKKBN meminta seluruh jajaran instansi, sampai tingkat kecamatan dan desa/kelurahan terus mensosialisasikan peserta KB pada pria sehingga dapat mendukung terwujudnya kesehatan reproduksi, kesetaraan *gender*, dan tujuan KB yang merupakan tanggung jawab suami dan isteri (BKKBN, 2004).

Sejumlah masyarakat sampai saat ini masih menganggap bahwa keikutsertaan dalam penggunaan alat kontrasepsi dalam program KB adalah tugas kaum perempuan atau ibu rumah tangga. Adanya pandangan negatif masyarakat muncul terhadap pria ber-KB berupa penyamaan KB pria dengan pengebirian, disalahgunakan oleh pria untuk penyimpangan seksual, mempengaruhi kenikmatan berhubungan dan anggapan sulit untuk ereksi (Hartanto, 2004 : 307).

Menurut Sujamo, Kepala Seksi Peningkatan Keikutsertaan Pria BKKBN Jateng selain karena keterbatasan jenis metode kontrasepsi, penyebab kesenjangan dalam suami ber-KB juga disebabkan oleh rendahnya pengetahuan pria tentang KB (Hartanto, 2004 : 307). Menurut Bagus Mantra, seorang individu dalam suatu kelompok atau sebagai anggota masyarakat memerlukan beberapa unsur untuk melakukan suatu tindakan. Diantaranya adalah kesiapan psikologis meliputi

pengetahuan tentang apa yang akan dilakukannya dan keyakinan/kepercayaannya tentang manfaat dan kebenaran dari apa yang akan dilakukannya. Pengetahuan berasal dari kata tahu, yang berarti segala sesuatu yang diketahui sesudah melihat atau menyaksikan, mengalami atau diajar. Oleh karena pengetahuan suami juga berpengaruh pada keikutsertaan KB pria, maka perlu dilakukan studi mengenai hubungan pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB.

Pada bulan Juni 2005, pencapaian peserta KB aktif pria di kecamatan Arjasa mencapai 259 orang dari 9886 PUS (Pasangan Usia Subur) yaitu sebanyak 38,2%. Hal ini relatif lebih tinggi dibandingkan kecamatan yang lain. Oleh karena itu perlu diadakan penelitian di kecamatan Arjasa (Dinas Kependudukan, KB, dan Catatan Sipil Kabupaten Jember, 2005)

Di Perumahan Panji Laras Indah Arjasa, diketahui 99% penghuninya berpendidikan menengah keatas. Dengan rincian sebanyak 60% mengenyam pendidikan tinggi Pendidikan menengah 38%. Sisanya sebanyak 1% mengenyam pendidikan dasar. Jumlah anak rata-rata yang dimiliki adalah 2 orang. Hal ini merupakan hal yang spektakuler, sehingga sangat menarik minat peneliti untuk mengadakan penelitian (Data primer terolah, 2006).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui sejauh mana pengetahuan suami tentang KB.
2. Mengetahui sejauh mana sikap suami terhadap KB.
3. Mengetahui keikutsertaan suami sebagai akseptor KB.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Memberikan informasi tentang tingkat pengetahuan dan sikap suami tentang KB serta pengaruhnya terhadap keikutsertaan suami sebagai akseptor KB.
2. Sebagai bahan penyuluhan atau masukan dari instansi terkait untuk meningkatkan keikutsertaan suami dalam ber-KB.
3. Sebagai dasar penelitian lebih lanjut terutama tentang faktor-faktor pendukung dan penyulit dalam usaha meningkatkan keikutsertaan suami dalam KB.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga Berencana di Indonesia

Pada saat ini keluarga berencana telah dikenal hampir di seluruh dunia. Di negara-negara maju, keluarga berencana bukan lagi merupakan suatu program atau gagasan, tetapi telah merupakan falsafah hidup masyarakatnya. Sedangkan di negara-negara berkembang seperti Indonesia keluarga berencana masih merupakan program yang pelaksanaannya harus ditingkatkan (Mochtar, 1998 : 249).

Di Indonesia sendiri sejak zaman dulu telah dipakai obat dan jamu yang maksudnya untuk mencegah kehamilan. Namun keluarga berencana modern mulai dikenal pada tahun 1953, yang dipelopori oleh sekelompok ahli kesehatan, kebidanan, dan tokoh masyarakat. Pada tanggal 23 Desember 1957 mereka mendirikan wadah dengan nama Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Pada bulan Oktober 1968, didirikanlah Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) yang sifatnya semi pemerintah. Pada tahun 1970 lembaga ini diganti dengan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang merupakan badan resmi pemerintah. Dalam perkembangan selanjutnya BKKBN mengembangkan lagi kegiatannya menjadi Program Nasional Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB), yang pada saat ini mempunyai 2 tujuan, yaitu :

1. Tujuan demografis, yaitu mengendalikan tingkat pertumbuhan penduduk.
2. Tujuan normatif, yaitu dapat dihayatinya Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang pada satu waktu akan menjadi falsafah hidup masyarakat bangsa Indonesia (Mochtar, 1998 : 251).

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara mengatur kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Untuk mencapai tujuan tersebut diatas, maka penggarapan program nasional keluarga berencana diarahkan pada dua bentuk sasaran yakni :

1. Sasaran langsung, yaitu para pasangan usia subur (PUS) agar mereka menjadi peserta Keluarga Berencana Lestari sehingga memberikan efek langsung pada penurunan fertilitas.
2. Sasaran tidak langsung, yaitu organisasi-organisasi dan lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (wanita dan pemuda) yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap proses pembertukan sistem nilai dikalangan masyarakat yang dapat mendukung usaha pelebagaan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Mochtar, 1998 : 249).

PUS (pasangan usia subur) yaitu pasangan dengan usia antara 15-49 tahun, dimana periode usia wanita 20-30 merupakan usia yang paling baik untuk melahirkan. Sedangkan usia kurang dari 18 tahun dan lebih dari 35 tahun merupakan kehamilan resiko tinggi (Hartanto, 2004 : 25). Pada wanita, libido meningkat dalam masa reproduksi sampai dicapai umur 35 tahun, kemudian menetap sampai umur 45 tahun, dan dapat bertahan sampai jauh setelah menopause. Pada pria puncak libido dicapai pada umur 50 tahun, kemudian berangsur kurang, akan tetapi tetap ada sampai umur lanjut, namun libido relatif lebih besar dari prestasi seksualnya (Prawirohardjo, 2002 : 905).

Menurut WHO *Expert Committee* 1970, keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami isteri untuk :

1. Mendapatkan objektif-objektif tertentu.
2. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan.
3. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan .

4. Mengatur interval di antara kehamilan.
5. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami isteri.
6. Menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hartanto, 2004 : 26-27).

Secara umum, warga masyarakat yang merupakan suami istri mempunyai berbagai alasan untuk ikut serta sebagai akseptor KB, yaitu :

1. Faktor Sosial

Warga masyarakat pada umumnya memerlukan berbagai fasilitas sosial seperti sarana pendidikan dan kesehatan serta kesempatan kerja. Keluarga dengan jumlah anak yang banyak harus menyediakan biaya besar untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Sebaliknya, keluarga kecil akan lebih mudah memenuhi kebutuhan gizi dan makanan, pendidikan serta kesehatan anggota keluarganya.

2. Faktor Ekonomi

Jumlah anak yang sedikit pada suatu keluarga akan meringankan beban ekonomi keluarga, bahkan akan dapat meningkatkan pendapatan keluarga jika anaknya kelak sudah bekerja dengan dibekali ketrampilan dan pendidikan yang tinggi. Sebaliknya pada keluarga besar.

3. Faktor Budaya

Anggapan banyak anak banyak rejeki dan keluarga belum lengkap jika belum memiliki anak laki-laki dan perempuan. Budaya ini secara berangsur-angsur mulai ditinggalkan, bahkan pada pasangan muda merasa malu jika mempunyai banyak anak, dan anak laki-laki maupun perempuan sama saja.

4. Faktor Pendidikan

Seseorang yang telah memperoleh pendidikan baik pendidikan formal, informal maupun non formal akan mengalami kualitas dirinya dalam berbagai aspek, yaitu :

- Seseorang yang terdidik akan lebih kreatif dan terbuka terhadap usaha-usaha pembaharuan.
- Seseorang yang terdidik akan lebih dinamis baik dalam cara berpikir maupun dalam sikap dan tingkah laku.
- Seseorang yang terdidik akan lebih mudah melihat cara dan kesempatan-kesempatan untuk meningkatkan taraf hidupnya.

5. Faktor Agama

Agama bagi seseorang merupakan bagian yang sangat penting. Karenanya dukungan dari lembaga-lembaga agama sangat penting bagi pelaksanaan program KB di Indonesia. Dengan demikian umat beragama yang akan dan sudah menjadi akseptor tidak akan merasa takut dan ragu-ragu karena KB itu sendiri tidak bertentangan dengan hukum agama.

6. Faktor Kesehatan

Tujuan Keluarga Berencana adalah meningkatkan derajat kesehatan anak, ibu dan bapak. Bila syarat kesehatan ibu tidak terpenuhi maka sangat berbahaya jika dia hamil. Jarak kehamilan yang paling baik adalah minimal 2 tahun untuk mengembalikan kekuatan fisik dan mental ibu. Apabila ibu sehat, akan banyak waktu luang untuk mengurus anak dan suami, sehingga keduanya sehat.

7. Faktor Media Masa

Informasi dari media masa tentang pentingnya KB dan keluarga kecil bahagia dan sejahtera akan lebih mudah diterima oleh masyarakat. Karena media masa baik cetak maupun elektronik saat ini telah menjadi bagian dari kehidupan masyarakat.

8. Faktor Lingkungan

Perilaku seseorang amat dipengaruhi oleh lingkungan masyarakat di mana orang tersebut berada. Program KB saat ini telah menjadi bagian dari kehidupan masyarakat dan sebagian besar pasangan usia subur telah ikut serta sebagai peserta aktif KB.

9. Faktor Usia

Ibu-ibu yang berusia lebih dari 35 tahun diharapkan tidak mempunyai anak lagi, sebab kehamilan pada usia tersebut memiliki resiko tinggi. Oleh karena itu, usia ibu merupakan salah satu pertimbangan keikutsertaan mereka dalam program KB.

10. Faktor Sarana dan Prasarana

Untuk menunjang program nasional KB, pemerintah menyediakan berbagai fasilitas penunjang seperti rumah sakit, puskesmas, klinik-klinik KB serta posyandu. Disamping itu juga menyediakan berbagai macam alat kontrasepsi yang harganya terjangkau.

11. Faktor Tenaga KB

Untuk memudahkan pelayanan KB setiap rumah sakit, puskesmas, klinik KB dan posyandu disediakan tenaga dokter, bidan, dan tenaga medis lainnya yang khusus melayani KB (Wardoyo, I. 1991 : 15-20).

2.2 Kontrasepsi Keluarga Berencana

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara ataupun permanen. Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang dapat mempengaruhi fertilitas (Prawirohardjo, 2002 : 905).

Kontrasepsi yang ideal memenuhi syarat-syarat sebagai berikut :

1. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
3. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan.
4. Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya.
5. Cara penggunaan sederhana.
6. Farganya murah supaya dapat dijangkau masyarakat luas.
7. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

Sampai saat ini belum ada kontrasepsi yang betul-betul ideal dan memenuhi semua syarat-syarat tersebut di atas. Yang ada ialah kontrasepsi yang memenuhi sebagian syarat atau hampir memenuhi syarat. Yang penting adalah memakai salah satu cara kontrasepsi jauh lebih baik dari tidak memakai kontrasepsi sama sekali.

Dalam memilih kontrasepsi yang akan digunakan, selain memperhatikan syarat kontrasepsi juga perlu dipertimbangkan hal-hal berikut :

1. Usia ibu kurang dari 20 tahun : kontrasepsi yang dipilih harus bersifat reversibel.
2. Usia ibu lebih dari 35 tahun : kontrasepsi yang dipilih harus efektif (angka kegagalan rendah), boleh reversibel atau irreversibel
3. Usia reproduktif sehat : kontrasepsi yang dipilih bersifat efektif, reversibel, tidak mengganggu produksi ASI (Mochtar, 1998 : 255-256).

Kontrasepsi yang dapat dipilih adalah sebagai berikut :

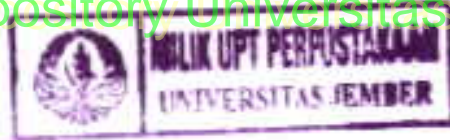
2.2.1 Kontrasepsi Untuk Wanita

1. Kontrasepsi Hormonal

a. Pil Kombinasi

Mengontrol kelahiran dengan menggunakan pil merupakan cara yang paling banyak digunakan. Kontrasepsi ini mengandung hormon estrogen dan progesteron, yang berfungsi menghambat pertumbuhan dan pematangan sel-sel telur dalam ovarium sehingga akan mencegah terjadinya ovulasi (Prawirohardjo, 2002 : 917), mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, menimbulkan perubahan pada endometrium sehingga tidak memungkinkan terjadinya nidasi dan merubah kepekaan ovarium terhadap rangsangan gonadotropin (Mochtar, 1998 : 275).

Pil ini dalam satu kemasan berisi 21 tablet yang diminum tiap hari satu tablet, dan pada waktu yang sama (pagi atau sore). Setelah 21 tablet habis, 7 hari berikutnya tidak minum pil, kemudian dilanjutkan kemasan berikutnya dengan cara yang sama.



Penggunaan kontrasepsi ini sebaiknya dikonsultasikan terlebih dahulu dengan dokter untuk menghindari efek samping yang tidak diinginkan. Efek samping yang dapat timbul diantaranya perdarahan antara dua siklus menstruasi, mual, sakit kepala dan payudara terasa lunak. Efek tersebut terjadi pada bulan-bulan pertama pemakaian pil dan disebabkan karena tubuh beradaptasi dengan hormon yang terkandung dalam pil. Efek ini akan hilang dengan sendirinya (Hartanto, 2004 : 103).

b. Pil Progesteron

Kontrasepsi ini hanya mengandung satu hormon yaitu progesteron. Bekerja dengan mengentalkan lendir serviks juga menghambat ovulasi, tetapi tidak seluas kerja pil kombinasi. Kontrasepsi ini cocok untuk wanita yang tidak boleh mendapatkan estrogen (Hartanto, 2004 : 155).

c. Pil pagi (*Morning after pill*)

Bentuk ini tidak digunakan untuk kontrasepsi seperti pada umumnya, tetapi hanya pada keadaan wanita tidak menggunakan kontrasepsi selama ia berhubungan seksual. Obat ini diminum maksimal 48 jam setelah bersenggama/coitus. Pil ini mengandung estrogen atau progesteron dosis tinggi tergantung pada tipe preparat yang digunakan. Diminum beberapa kali sehingga dapat mencegah implantasi telur yang telah dibuahi (Mochtar, 1998 : 268-267).

d. Injeksi

Kontrasepsi hormonal cara injeksi terdiri dari hormon tunggal yaitu progestin, dan hormon kombinasi atau *Combined Injectable Contraceptives (CICs)* yang terdiri dari estrogen dan progestin yang disuntikkan sebulan sekali. CICs bekerja dengan menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, mengadakan perubahan pada endometrium sehingga mencegah implantasi dan memperlambat transportasi sperma di *tuba falopti* (Hartanto, 2004 : 195).

e. Sistem Norplant

Terdiri dari 6 kapsul kecil yang fleksibel, terbuat dari tabung silastic yang berisi progestin sintetik (levonorgestrel). Kapsul-kapsul tersebut dimasukkan dibawah

kulit sisi bagian dalam lengan atas melalui operasi kecil. Kontrasepsi ini bertahan selama 5 tahun (Hartanto, 2004 : 179).

f. Cincin vagina

Alat kontrasepsi terbaru, mudah, dan digunakan sebulan sekali. Cincin vagina ini merupakan metode kombinasi hormonal yang unik, berupa cincin plastik fleksibel dan transparan, berdiameter 5,4 cm, tebalnya 4 mm. Mengandung hormon estrogen dan progesteron. Cincin ini bertahan selama tiga minggu dengan mengeluarkan hormon dalam dosis rendah secara terus-menerus sehingga mencegah kehamilan dengan menghentikan pelepasan telur yang matang dalam proses ovulasi. Setelah tiga minggu, lepaskan cincin untuk mendapatkan proses menstruasi. Setelah satu minggu periode menstruasi, gunakan cincin yang baru tiga minggu berikutnya dan begitu seterusnya (Hartanto, 2004 : 193).

2. Kontrasepsi *Barrier Methode*

a. Kondom wanita

Kondom wanita merupakan sarung tipis dari plastik *polyurethane* dengan cincin *polyurethane* pada pangkalnya. Digunakan dengan memasukkannya pada vagina sebelum bersenggama sehingga dapat menghambat sperma masuk ke traktus genitalia bagian atas (*tuba falopii*) (Hartanto, 2004 : 79).

b. Diafragma

Diafragma adalah cup berbentuk lingkaran dari lateks yang dimasukkan ke dalam vagina sehingga menutupi serviks sebelum bersenggama. Sebelum dipasang dalam vagina, diafragma terlebih dulu diolesi spermisida. Diafragma dilepaskan kembali 6-8 jam setelah bersenggama. Fungsinya untuk mencegah masuknya sperma ke dalam genitalia wanita bagian atas (Hartanto, 2004 : 68).

3. Intra Uterine Device (IUD)

IUD adalah alat berupa plastik kecil dengan bentuk dan ukuran yang bervariasi. IUD yang terbaru mendapat tambahan logam dan IUD yang berisi dengan progestin. IUD mampu bertahan didalam tubuh selama 5-10 tahun. Sampai saat ini IUD telah digunakan lebih dari 106 juta wanita di dunia.

IUD cocok digunakan oleh wanita yang telah melahirkan, memiliki siklus menstruasi yang normal tanpa sakit (*dismenorrhea*) atau tanpa perdarahan dalam jumlah yang banyak serta monogami. Pada wanita yang belum pernah hamil, resiko dan manfaat IUD harus benar-benar dipertimbangkan, mengingat kesuburannya nanti dapat terpengaruh (Hartanto, 2004 : 203).

4. Sterilisasi

Oklusi tuba merupakan prosedur operasi untuk menghentikan kesuburan wanita secara permanen dengan minilaparotomi atau laparoskopi melalui pengeblokan *tuba falopi* (diikat dan dipotong, cincin, klip, atau *electrocautery*) sehingga menghambat pembuahan sel telur. Apabila operasi berhasil, kontrasepsi ini *reliabel* 100% (Hartanto, 2004 : 270).

2.2.2 Kontrasepsi Untuk Pria

1. Kontrasepsi Hormonal

a. Injeksi

Population Council mengembangkan kontrasepsi hormonal untuk pria melalui injeksi, bekerja dengan menstimulas reaksi imun *Gonadotropin Releasing Hormon* (GnRH). Kontrasepsi ini berisi GnRH dan sejumlah besar protein yang serupa tetanus toxoid, apabila disuntikkan dalam tubuh akan merangsang sistem imun tubuh pria untuk memproduksi antibodi yang akan menginaktivasi GnRH tubuh sehingga sperma dapat ditekan.

Kontrasepsi ini dapat bertahan selama satu tahun setelah satu kali injeksi. Efek samping yang muncul akibat inaktivasi GnRH adalah penekanan produksi

testosteron, sehingga perlu mendapat substitusi testosteron yaitu *7 α -metil-19nortestosteron* (MENT). MENT dapat mempertahankan libido dan mengatur tanda seks sekunder pria serta diberikan secara norplant seperti pada wanita. Jika MENT digunakan sendiri maka dapat pula berperan kontrasepsi karena mampu menekan sperma (Hartanto, 2004 : 345).

b. Pil Kontrasepsi Pria

Penelitian menemukan bahwa hormon etonogestrol, suatu bentuk progestin pada kontrasepsi oral wanita, dapat menghentikan produksi sperma. Untuk menghindari efek samping berupa penurunan libido dan kerontokan rambut, progestin harus dikombinasi dengan hormon testosteron (Hartanto, 2004 : 347).

2. Kontrasepsi Non-hormonal

a. Gossypol

Gossypol (trihidroksi-metilisopropil aldehidonafalen), bekerja menawan spermatogenesis pada tingkat spermatid sehingga menurunkan jumlah sperma (setelah pemakaian selama 45 hari), menimbulkan azospermia (setelah 4 bulan pemakaian), menurunkan motilitas sperma namun testosteron dalam batas normal. Efek samping berupa hipokalcemia (jarang) dan kelelahan (Hartanto, 2004 : 345).

b. Conrasperm

Conrasperm diolah dari bahan dasar mentimun libanon sehingga aman, efektif, bebas dari steroid dan efek toksik. Diminum 30 menit sebelum coitus dan efektif selama 6-8 jam. Conrasperm menurunkan motilitas dan jumlah sperma dalam cairan ejakulasi (sementara) serta merubah pH cairan seminal. Setelah 24 jam sperma kembali normal (Mochtar, 1998 : 270).

3. Kontrasepsi *Barrier Methode*

a. Kondom

Kondom merupakan sarung terbuat dari karet, vinyl atau bahan alami lain yang dipasangkan pada saat penis ereksi dan tersedia dalam berbagai bentuk, ukuran

serta warna dengan/tanpa dilapisi lubricant. Kondom bekerja dengan mencegah sperma dan mikroorganisme (*Sexual Transmitted Diseases, STDs*) masuk ke dalam alat reproduksi wanita (Hartanto, 2004 : 60).

Setelah ejakulasi, penis beserta kondom harus segera ditarik dari vagina sebelum ereksi hilang sehingga kondom tidak tertinggal di vagina. *Reliabilitas* kondom dapat ditingkatkan dengan menggunakannya bersama spermisida (Hartanto, 2004).

b. Spermisida

Spermisida mengandung bahan kimia (pada umumnya nonoxynol 9) yang dapat menyebabkan membran sel sperma rusak sehingga memperlambat pergerakan sperma atau sperma menjadi mati atau inaktif, tersedia dalam bentuk aerosol (foam), krim, tablet vagina, gel dan suppositoria. Biasanya digunakan bersama kondom atau diafragma (Hartanto, 2004 : 88).

4. Sterilisasi

Sterilisasi pada pria disebut vasektomi, dilakukan dengan menggumung sebagian kecil *ductus spermaticus* sehingga sperma yang telah diproduksi oleh testis tidak dapat sampai *vesicula seminalis* dan akibatnya pada saat ejakulasi tidak ada sperma dalam cairan ejakulasi. Vasektomi tidak mempengaruhi orgasme. Setelah operasi, selama beberapa waktu testis berhenti memproduksi sperma, kemudian larut dan diabsorpsi oleh tubuh (Mochtar, 1998 : 281).

5. *Vas Occlusion*

a. *Styrene Maleic Anhydride (SMA)/Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance (RISUG)*.

Merupakan metode terbaru dari *vas occlusion* dan menjadi kontrasepsi yang paling menjanjikan. SMA diinjeksikan ke dalam *vas deferens*, kemudian melapisi dinding dan memblokir lumen *vas deferens*. Efek SMA yaitu (1) pH tinggi SMA

mempengaruhi pH rendah sperma; (2) muatan listrik positif pada SMA menyebabkan kerusakan membran sperma; (3) sebagian SMA menyumbat lumen *vas deferens*.

Kontrasepsi ini memiliki efektivitas, keamanan, reversibilitas dan kenyamanan yang tinggi (Hartanto, 2004 : 346).

b. *Medical-grade Polyurethane (MPU) dan Medical-grade Silicone Rubber (MSR)*

Kedua metode tersebut mengblokir sperma dengan menggunakan *elastomer plug* secara injeksi dalam bentuk cairan. Elastomer mengeras *in situ* dalam waktu 20 menit membentuk barier sperma kemudian melebar melebihi diameter *vas deferens*. Pergerakan plug dihambat oleh otot polos *vas deferens*. Efektivitas dan keamanan tinggi, sedangkan kenyamanan dan reversibilitasnya sedang (Hartanto, 2004 : 349).

c. Shug

Merupakan plug karet fleksibel, yang dimasukkan ke dalam *vas deferens* tanpa pembedahan sehingga menghambat jalannya sperma. Untuk mencegah pergerakan plug di dalam *vas deferens*, digunakan benang tipis yang diikatkan pada dinding *vas deferens*. Fungsi Shug sama dengan MPU dan MSR. Efektivitas dan kenyamanan tinggi, keamanannya sedang, dan reversibilitasnya tidak diketahui (Hartanto, 2004 : 350-351).

2.2.3 Kontrasepsi Natural

1. *Lactational Amenorrhea Methode (LAM)*

LAM menggunakan laktasi sebagai metode kontrasepsi. Hal ini didasarkan pada efek fisiologis menyusui dalam menghambat ovulasi. Agar berperan sebagai kontrasepsi yang efektif, ibu harus menyusui bayi sesering mungkin, dengan kata lain ASI sebagai satu-satunya makanan bagi bayi, hingga bayi berumur enam bulan (Hartanto, 2004 : 326).

2. *Natural Family Planning (NFP)*

Untuk menggunakan NFP, PJS harus menghindari senggama/coitus selama fase subur dari siklus wanita (waktu dimana wanita dapat hamil) atau melakukan senggama/coitus pada fase tersebut jika ingin memiliki anak. Ada empat tipe NFP

yaitu Metode Kalender (*Rhythm methode*), menggunakan suhu basal tubuh, metode lendir serviks, dan metode simtothermal (Hartanto, 2004 : 336).

3. *Withdrawal (Coitus interruptus)*

Merupakan metode kontrasepsi tradisional, dimana pria mengeluarkan seluruh penisnya dari vagina sebelum terjadi ejakulasi sehingga sperma tidak masuk vagina dan fertilisasi tidak terjadi (Mochtar, 1998 : 283).

4. *Pembilasan Pasca Senggama (Poscoital Douche)*

Dilakukan dengan menyemprot atau melakukan irigasi pada vagina menggunakan air biasa atau desinfektan dan obat yang dapat melumpuhkan sperma (spermisida), segera setelah *coitus* supaya semen segera keluar dari vagina. Efektifitas kontrasepsi ini paling rendah dan merusak keseimbangan normal flora vagina sehingga menyebabkan peradangan dan gejala keputihan (Mochtar, 1998 : 289).

2.3 Perilaku

Perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang namun respons terhadap stimulus orang berbeda (Notoatmodjo, 2003 : 55). Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku.

Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

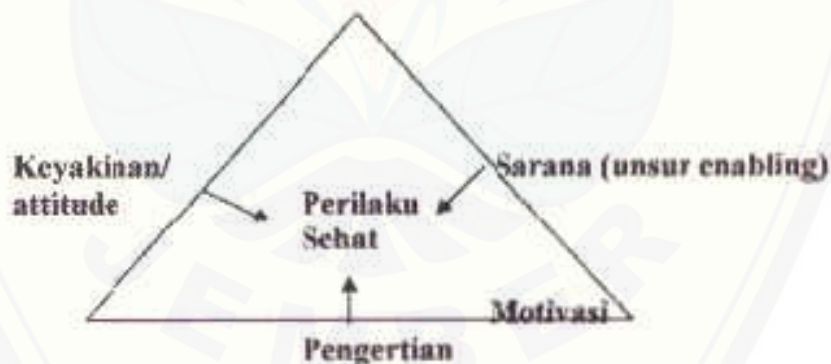
1. Faktor internal, yaitu karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar.
2. Faktor eksternal, yaitu lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan politik. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang (Notoatmodjo, 1993 : 62).

Dari uraian di atas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultante antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2003 : 62).

Apabila diperhatikan manusia sebagai individu, maka unsur-unsur yang diperlukan agar bisa berbuat sesuatu, ialah :

1. Pengertian/pengetahuan (*knowledge*) tentang apa yang akan dilakukannya.
2. Keyakinan/kepercayaan tentang manfaat dan kebenaran dari apa yang akan dilakukannya.
3. Sarana yang diperlukan untuk melakukannya (*unsur enabling*)
4. Dorongan/motivasi untuk berbuat, yang dilandasi oleh kebutuhan yang dirasakannya (Mantra, 1994 : 13).

Faktor tersebut dapat disingkat secara sederhana sebagai berikut :



Gambar 1.1 Unsur-unsur perilaku bagi individu sebagai individu.

Apabila diperhatikan manusia sebagai kelompok, maka unsur-unsur yang diperlukan agar dia bisa berbuat sesuatu, ialah :

1. Kesiapan psikologis meliputi pengetahuan (*knowledge*) tentang apa yang akan dilakukannya dan keyakinan/kepercayaannya tentang manfaat dan kebenaran dari apa yang akan dilakukannya (*attitude* yang positif).
2. Norma kelompok yang mengatur (unsur *reinforcing*).
3. Sarana yang diperlukan untuk melakukannya (unsur *enabling*).
4. Dorongan/motivasi untuk berbuat yang dilandasi oleh kebutuhan yang dirasakannya (Mantra, 1994 : 14).

Hal tersebut dapat disingkat secara sederhana sebagai berikut :



Gambar 1.2 Unsur-unsur perilaku bagi individu sebagai kelompok

Berbicara tentang perilaku manusia itu unik, khusus. Artinya tidak sama antar dan antar manusianya baik dalam hal kepandaian, bakat, sikap, minat maupun kepribadian. Dalam merencanakan/membuat formula perilaku manusia, ada beberapa bentuk model rumus diantaranya adalah :

I. Teori Lingkaran

Manusia berperilaku atau beraktifitas karena adanya kebutuhan untuk mencapai suatu tujuan/*goal*. Dengan adanya *need* atau kebutuhan dalam diri

seseorang maka akan muncul motivasi atau penggerak/pendorong. Sehingga individu/manusia itu akan beraktivitas/berperilaku, baru kemudian tujuan tercapai dan individu mengalami kepuasan/*satisfaction* (Widayatun, 1999 : 75).



Gambar 1.3 Teori Lingkaran sebagai sistem siklik, berlangsung berkelanjutan

II. Teori f (HET), dimulai dengan sejarah Teori Empirisme, Nativisme, Konvergensi.

Teori ini merumuskan formula sebagai berikut : $P = f(HET)$

P	=	Personil/individu
F	=	Frekuensi atau perkalian
H	=	Hereditas/pembawaan
E	=	<i>Environment</i> /lingkungan
T	=	<i>Time</i> /waktu/kematangan/ <i>maturation</i>

Teori ini memang diawali beberapa teori terdahulu, seperti :

1. Teori Empirisme (John Lock) yang menggarisbawahi lingkungan sebagai faktor yang sangat menentukan perilaku manusia.

Teori ini diformulakan menjadi :

$i/p = E \rightarrow$ Perilaku individu adalah hasil interaksinya dengan lingkungan.

2. Teori Nativisme (J.J. Rousseau), teori ini justru bertentangan dengan teori empirisme, beliau berpendapat bahwa perilaku manusia itu sangat dipengaruhi oleh pembawaan/herediter atau kodrat (asli dari pencipta alam). Manusia sejak lahir sudah membawa bakat, oleh karena itu lingkungan sama sekali tidak berpengaruh. Teori ini diformulasikan sebagai : $p = H$ (perilaku ditentukan oleh bawaan) (Widayatun, 1999 : 76).

3. Teori Konvergensi/Campuran/Rasionalisme

Teori ini ada dari hasil persatuan-percampuran, beda pendapat yang disatukan antara Empirisme Nativisme dan ditambah dengan diperhitungkannya faktor usia/*maturatation* atau kematangan seseorang (Widayatun, 1999 : 76).

Teori ini diformulasikan sebagai berikut :

$P = E+H+M$ (Perilaku dipengaruhi oleh lingkungan, herediter dan maturitas)

III. Teori Lingkungan I, II, III

$i/p = W1 \rightarrow S \rightarrow r \rightarrow W2 \rightarrow R \rightarrow W3$

$i/p =$ *Personil/individu*

$W1 =$ *World 1/lingkungan/awal sebelum menerima rangsangan*

$S =$ *Stimulus/rangsangan*

$r =$ *Receptor (sensoris, panca indera)*

$W2 =$ *World 2/lingkungan sesudah adanya stimulus/lingkungan kedua*

$R =$ *Response/jawaban*

$W3 =$ *World 3/Dunia ketiga dimana dunia yang sudah diwarnai response, dan individu berperilaku menjawab response*

Mengartikan rumusan diatas mempunyai makna penting bahwasanya individu berperilaku itu adalah karena adanya stimulus/rangsangan (S), baik dari luar individu maupun dari dalam individu itu sendiri. Sehingga dalam hal ini mengharuskan individu merespon atau menjawab dengan perilaku terhadap stimulus tersebut. Dalam

prosesnya setelah stimulus ada, diterima oleh sensoris (reseptor/panca indera) untuk segera memberikan jawaban/*response* dalam bentuk aktivitas (Widayatun, 1999 : 77).

IV. Teori Perilaku Kepribadian dan Situasi

$$R = f(s,p)$$

R = *Response*/jawaban perilaku

f = *Frekuensi*/perkalian

s = *Situation*/situasi

p = *Personality*/kepribadian (Widayatun, 1999 : 77).

2.4 Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala hal yang diketahui oleh seseorang (Moeliono, 1989 : 51). Sedangkan menurut Notoutmodjo pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan terbagi dalam beberapa tingkatan, yaitu :

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

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

3. Aplikasi (*aplication*)

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

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

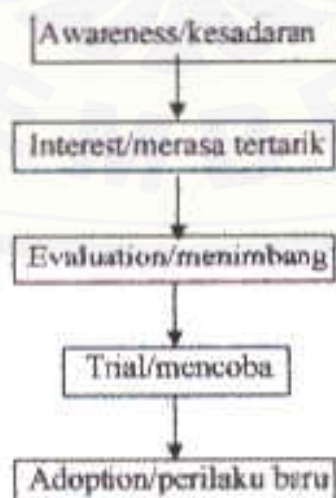
6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Juga disebutkan bahwa pengetahuan merupakan tingkatan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang dimana perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 1993 : 58).

Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni :



Gambar 2.1 Urutan Terjadinya Perilaku Menurut Teori Rogers (1974)

- *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek)
- *Interest* (merasa tertarik), dimana orang mulai tertarik kepada stimulus
- *Evaluation* (menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi
- *Trial* (mencoba) dimana orang sudah mulai mencoba perilaku baru.
- *Adoption* dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut diatas (Notoatmodjo, 2003 : 94).

Dewasa ini teori tentang proses adopsi banyak dikritik oleh para ahli. Mereka mengatakan bahwa prosesnya terlalu disederhanakan. Beberapa kritik mereka ialah :

1. Melihat namanya sebagai "Proses Adopsi", memberi pengertian kepada kita bahwa proses adopsi ini selalu berakhir dengan adopsi, padahal dalam kenyataannya tidak selalu demikian. Kemungkinan penolakan masih bisa terjadi.
2. Dalam kenyataannya, urut-urutannya tidak selalu demikian, bisa saja terjadi tahap tertentu dilompati atau hilang.
3. Dalam kenyataannya, prosesnya tidak berhenti pada adopsi, melainkan masih berlanjut. Biasanya sesudah adopsi atau menolak orang lalu mencari informasi lagi untuk mendapat dukungan agar yakin bahwa keputusan yang diambil sudah tetap.

Mengingat akan hal ini maka dikemukakanlah teori "*Innovation Decision Process*", yang terdiri dari 4 tahap sebagai berikut :

1. Tahap pengertian (*knowledge*)

Pada tahap ini individu diperkenalkan akan adanya sesuatu yang baru (inovasi) dan individu lalu memperoleh pengertian tentang inovasi tersebut.

2. Tahap persuasi (*persuasion*)

Setelah mengenal dan mempunyai sedikit pengertian tentang inovasi yang diperkenalkan kepadanya, maka dalam diri individu tersebut akan tumbuh sikap positif atau negatif terhadap inovasi tersebut. Sebenarnya tahap ini serupa dengan tahap tertarik (*interest*) pada proses adopsi.

3. Tahap pengambilan keputusan

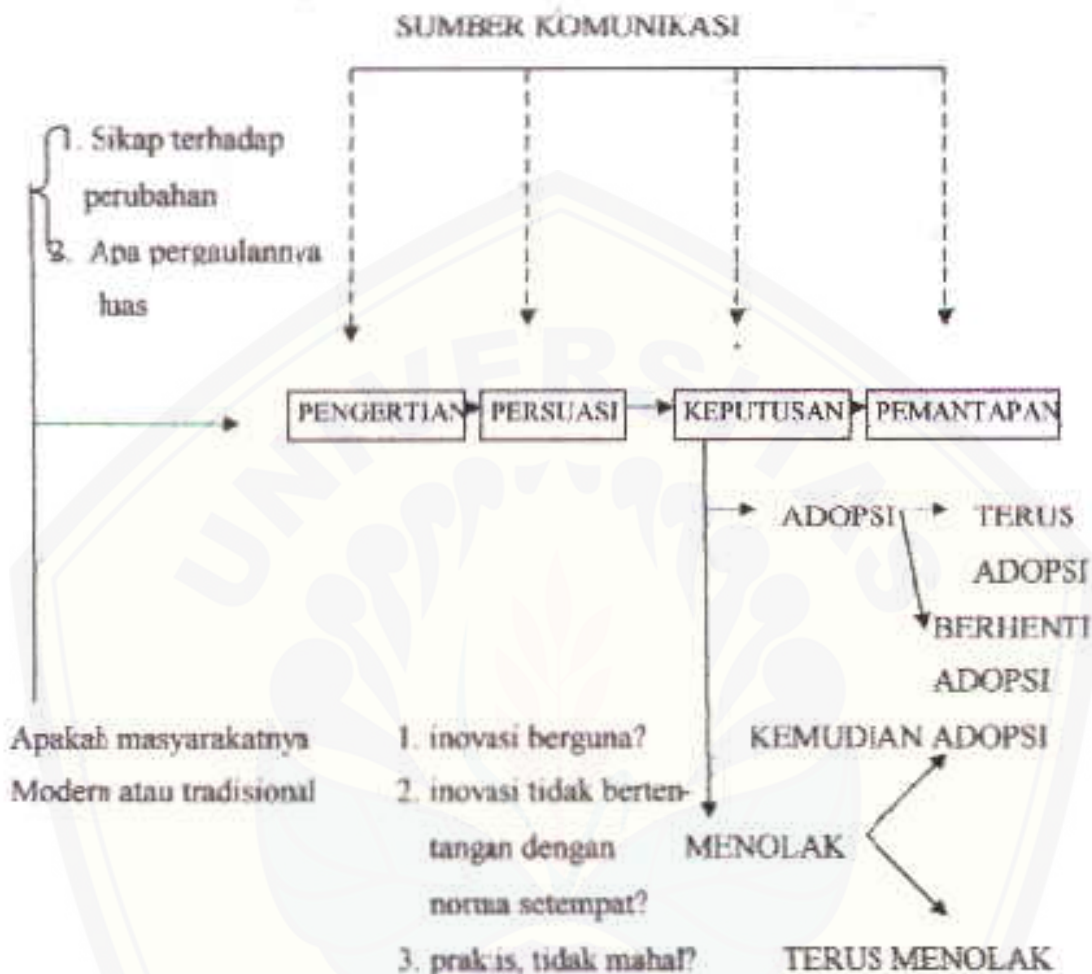
Sesudah individu mempunyai sikap positif atau negatif, alias tertarik atau tidak tertarik, maka individu tersebut sampai pada tahap harus memutuskan, apakah ia akan menolak atau menerima inovasi tersebut.

4. Tahap pemantapan (*confirmation*)

Pada tahap ini individu mencari-cari informasi lebih lanjut sehubungan dengan keputusan yang telah diambil. Kalau misalnya pada tahap pengambilan keputusan ia telah memutuskan menerima inovasi tersebut maka pada tahap ini ia akan masih bertanya-tanya kepada orang-orang yang mempunyai pengalaman tentang inovasi tersebut untuk meyakinkan dirinya apakah keputusan yang diambil sudah tepat. Jadi tahap ini adalah tahap pemantapan daripada keputusan yang diambil. (Notatmodjo, 2003 : 95-96)

Model *innovation decision* ini sejalan dengan proses belajar (*learning proses*) dan teori perubahan *attitude* (sikap). Rangsangan-rangsangan (stimuli) yang diterima oleh individu berupa informasi tentang suatu inovasi, tertimbun dalam diri individu sampai yang bersangkutan memberi reaksi (*response*) tentang inovasi tersebut yaitu menerima atau menolak. Adanya stimulus (rangsangan), kemudian timbul reaksi (*response*) terhadap *response* adalah proses belajar.

Secara skematis hal ini bisa dilukiskan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Tahapan Teori "Inovation Decision Process"

Jenis-jenis pendidikan di Indonesia

1. Pendidikan Informal

Pendidikan ini dapat diperoleh sejak lahir sampai mati, dapat berlangsung dalam keluarga, pekerjaan atau pengalaman sehari-hari, dan dapat memberikan pengaruh yang kuat terhadap pembentukan pribadi seseorang dan mengembangkan potensi-potensi yang ada pada dirinya. Pendidikan ini dapat dilaksanakan oleh siapa saja, dimana saja, kapan saja baik secara langsung maupun tidak langsung dengan syarat ada orang yang berkomunikasi secara sadar dan bermakna (Joeseof, 1999 : 91).

2. Pendidikan Non Formal

Merupakan pendidikan yang teratur dengan sadar dilakukan tetapi tidak terlalu mengikuti peraturan-peraturan yang tetap dan ketat, tidak harus berjenjang dan berkesinambungan. Berlangsung diluar sistem persekolahan, meliputi kegiatan berorganisasi, kegiatan keagamaan, pendidikan masyarakat, keolahragaan, dan lain-lain (Joesoef, 1999 : 91).

3. Pendidikan Formal

Pendidikan formal dibedakan menjadi tiga tingkatan :

a. Pendidikan Dasar

Berlangsung selama 6 tahun pada umur 7-12 tahun. Bertujuan untuk mengembangkan sikap dan kemampuan serta memberikan pengetahuan dan ketrampilan dasar yang diperlukan untuk hidup dalam masyarakat serta mempersiapkan anak didik yang memenuhi persyaratan untuk mengikuti pendidikan menengah.

b. Pendidikan Menengah

Diselenggarakan untuk melanjutkan dan meluaskan pendidikan dasar serta mempersiapkan peserta didik ketingkat berikutnya untuk memperoleh pengetahuan dan ketrampilan sebagai bekal hidupnya. Pendidikan ini terbagi menjadi 2 tingkatan yaitu : Pendidikan Menengah Pertama dan Pendidikan Menengah Atas

c. Pendidikan Tinggi

Pendidikan tingkat universitas, yang mengarah ke keprofesionalan sebagai kelanjutan dari pendidikan menengah untuk mempersiapkan kebutuhan pembangunan masa kini dan masa datang yang dapat menerapkan, mengembangkan ilmu pengetahuan untuk meningkatkan taraf kehidupan masyarakat (Joesoef, 1999 : 91-93).

2.5 Sikap

Menurut Ahmadi, sikap merupakan kesadaran individu yang menentukan perbuatan-perbuatan yang nyata ataupun yang mungkin terjadi didalam kegiatan-kegiatan sosial. Tiap-tiap sikap mempunyai tiga aspek yaitu :

1. Aspek Kognitif : berhubungan dengan gejala mengenai pikiran yang berupa pengetahuan, pengalaman, kepercayaan, atau pikiran tentang objek atau kelompok objek tertentu berdasarkan informasi yang berhubungan dengan objek tersebut.
2. Aspek Afektif : menunjukkan pada dimensi emosional dari sikap, yaitu emosi yang berhubungan dengan objek, dimana objek dirasakan sebagai sesuatu yang menyenangkan atau tidak menyenangkan.
3. Aspek Konatif : berwujud proses tendensi atau kecenderungan untuk berbuat sesuatu terhadap objek (Ahmadi,1999 : 55).

Ciri-ciri sikap diantaranya :

1. Sikap tidak dibawa seseorang sejak lahir, melainkan dibentuk sepanjang perkembangannya.
2. Sikap dapat berubah-ubah dalam hal intensitasnya, sehingga dapat dipelajari.
3. Sikap tidak berdiri sendiri, melainkan selalu berkaitan dengan suatu objek.
4. Objek suatu sikap dapat tunggal atau jamak.
5. Sikap mengandung motivasi dan pengetahuan. Pengetahuan mengenai suatu objek tanpa disertai motivasi belum berarti sikap (Soetarno, 1984 : 49).

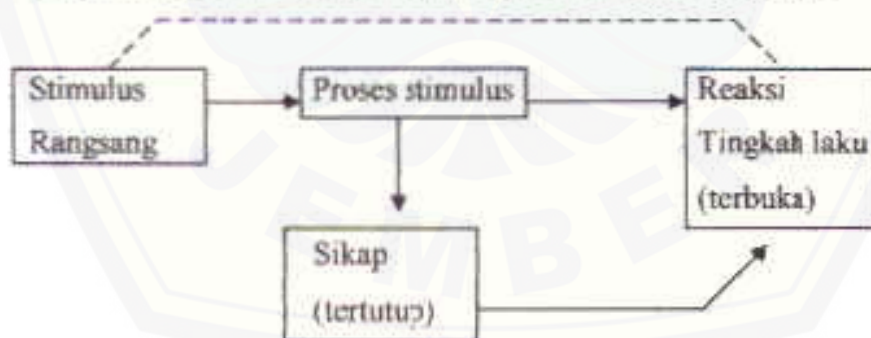
Sikap timbul karena ada stimulus berupa objek. Objek disini dapat berupa benda, orang, peristiwa, lingkungan, lembaga, norma, dan lain-lain. Terbentuknya suatu sikap banyak dipengaruhi oleh lingkungan sosial, ekonomi, dan kebudayaan. Sikap seseorang tidak selamanya tetap, ia dapat berkembang apabila mendapat pengaruh, baik dari dalam maupun dari luar.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan perubahan sikap

1. Faktor intern : faktor yang terdapat dalam diri manusia itu sendiri. Faktor ini berupa *selectivity* atau daya pilih seseorang untuk menerima dan mengolah pengaruh-pengaruh yang datang dari luar. Pilihan tersebut biasanya disesuaikan dengan motif dan sikap di dalam diri manusia, terutama yang menjadi minat perhatiannya.
2. Faktor ekstern : faktor yang terdapat diluar pribadi manusia dan berupa interaksi sosial di luar kelompok (Ahmadi, 1999 : 56).

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 1993 : 97-98).

Diagram dibawah ini dapat lebih menjelaskan uraian tersebut :



Gambar 3.1 Uraian Persepsi Sikap

2.5.1 Komponen Pokok Sikap

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 1993 : 98).

2.5.2 Tingkatan Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yakni :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikar (obyek).

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan usaha-usaha tersebut, terlepas pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi (Notoatmodjo, 1993 : 98-99).

2.6 Praktek atau Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Di samping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain.

Tingkat-tingkat praktek :

1. Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu dapat memilih makanan yang bergizi tinggi bagi anak balitanya.

2. Respons Terpimpin (*Guided Response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

3. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4. Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi merupakan suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 1993 : 100).

2.7 Gambaran Lokasi Penelitian

Perumahan Panji Laras Indah yang berlokasi di kelurahan tegal bago, kecamatan arjasa, kabupaten jember terdiri dari 1 Rukun Warga (RW) yaitu RW IV, dan 3 Rukun Tetangga (RT) yaitu RT I, RT II, RT III. Penduduknya berjumlah 259 jiwa, terdiri dari 89 Kepala Keluarga (KK) dengan rincian 48 pasangan usia subur (PUS), dan sisanya sebanyak 41 pasangan berusia lebih dari 49 tahun. Penduduk laki-

laki berjumlah 125 jiwa dengan rincian suami usia subur sebanyak 48 orang, suami berusia lebih dari 49 tahun sebanyak 42 orang, sebanyak 28 orang berusia remaja hingga dewasa muda, dan sisanya balita sebanyak 7 orang, serta tidak terdapat bayi. Penduduk perempuan berjumlah 134 jiwa dengan rincian istri berusia subur sebanyak 65 orang, istri berusia lebih dari 49 tahun sebanyak 22 orang, sebanyak 40 orang berusia remaja hingga dewasa muda, dan sisanya balita sebanyak 7 orang, serta tidak terdapat bayi (Data primer terolah, 2006)

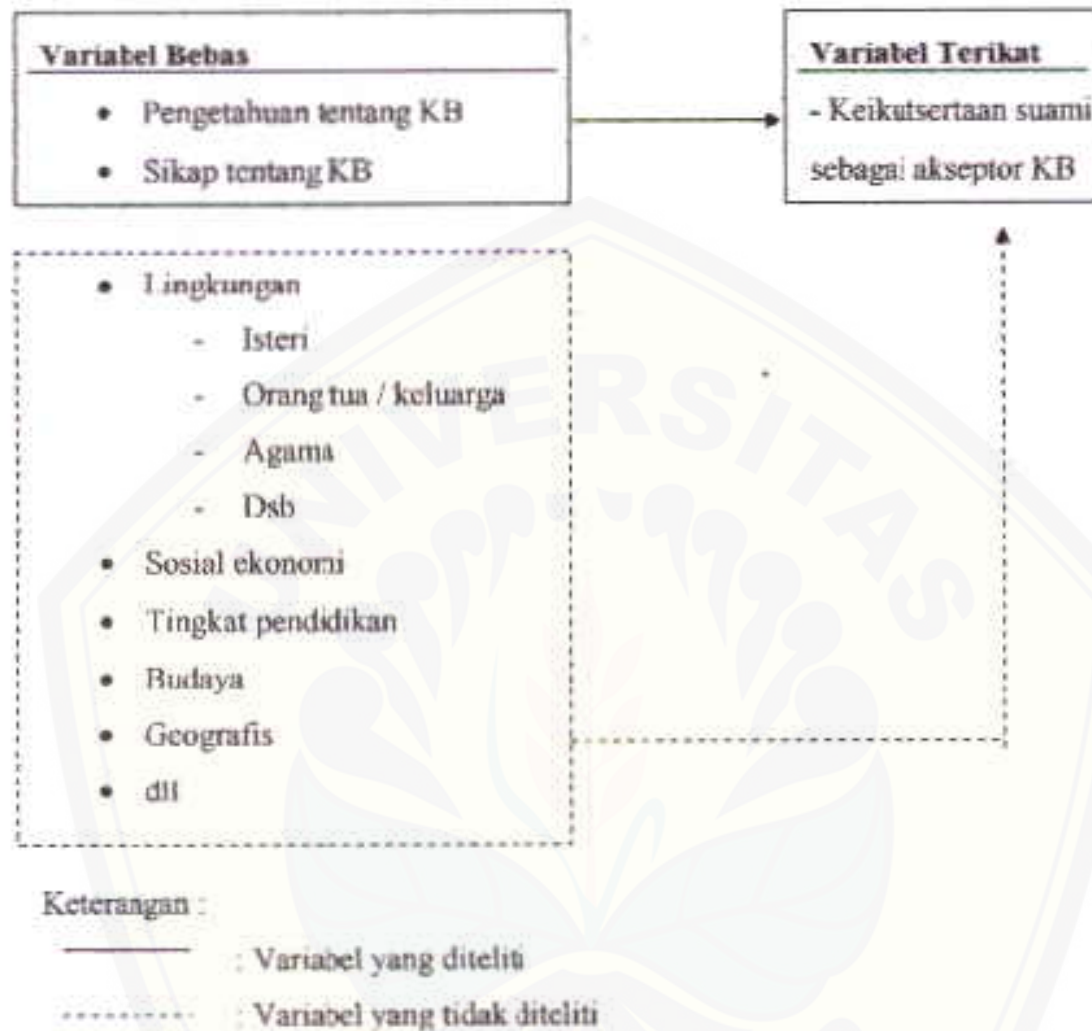
Posyandu di daerah ini dilakukan sebulan sekali, meliputi posyandu balita dan posyandu lansia. Selain posyandu juga tercapat puskesmas dan puskesmas pembantu (pustu) untuk daerah kelurahan Tegal Bago.

2.8 Kerangka Penelitian

Di Indonesia, keluarga berencana masih merupakan program yang pelaksanaannya harus terus ditingkatkan. Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Masalah kependudukan yang juga menjadi latar belakang program keluarga berencana di Indonesia, jika tidak teratasi akan menyebabkan masalah-masalah lain seperti masalah kesehatan, pendidikan, bahan pangan, perumahan dan sanitasi lingkungan hidup serta masalah kesempatan kerja dan pengangguran.

Selama ini sebagian besar peserta KB adalah kaum wanita, sedangkan KB pria masih merupakan metode yang terabaikan dan kurang mendapatkan perhatian baik dari pihak pria/suami maupun petugas medis keluarga berencana. Oleh karena itu perlu diadakan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesadaran pria untuk berkeikutsertaan dalam KB.

Dalam penelitian ini hanya akan meneliti sejauh mana hubungan pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB.



Gambar 4.1 Kerangka Konseptual

Keikutsertaan suami sebagai akseptor KB yang merupakan variabel terikat akan dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap suami tentang KB sebagai variabel bebas, namun hal ini tidak menutup kemungkinan jika keikutsertaan suami sebagai akseptor KB juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti lingkungan, sosial ekonomi, tingkat pendidikan, budaya, geografis, dll.

2.8 Hipotesa Penelitian

Hipotesa pada penelitian ini adalah "Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.





BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian survai. Penelitian survai kesehatan adalah observasi yang dilakukan pada fenomena kesehatan (faktor-faktor resiko dan efek) dalam keadaan "apa adanya", tanpa manipulasi (Pratiknya, 1993 : 67). Penelitian survai dalam definisi lain adalah penelitian yang dilakukan pada populasi besar maupun kecil yang mana data yang dipelajari diambil dari populasi tersebut, sehingga dapat ditemukan kejadian-kejadian relative, distribusi, dan pengaruh variabel, sosiologis maupun psikologis (Sedarmayanti, 2000 : 23).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini bertempat di Perumahan Panji Laras Indah Arjasa Jember pada tanggal 13-20 Mei 2006.

3.3 Populasi dan sampel penelitian

3.3.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian adalah semua PUS (Pasangan Usia Subur) di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

3.3.2 Sampel penelitian

Sampel penelitian adalah suami berusia subur yaitu berusia 15-49 tahun di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

3.3.3 Kriteria sampel

1. Suami yang berusia antara 15-49 tahun dan bersedia mengisi *Informed Consent*.
2. Bericampat tinggal di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Ego Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

3.3.4 Besar sampel

Dalam penelitian ini digunakan seluruh sampel yang memenuhi criteria, atau dapat dikatakan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu sebanyak 48 responden.

3.4 Identifikasi variabel

3.4.1 Variabel *Independent*

1. Pengetahuan suami tentang KB
2. Sikap suami tentang KB

3.4.2 Variabel *Dependent*

- Keikutsertaan suami sebagai akseptor KB

3.5 Definisi Operasional

3.5.1 Variabel *Independent*

a. Variabel pengetahuan

Pengetahuan tentang KB adalah segala hal yang diketahui suami tentang KB meliputi tujuan KB, sasaran program KB, syarat kontrasepsi ideal, jenis-jenis kontrasepsi, cara penggunaan alat kontrasepsi, efek samping, usia reproduktif sehat wanita, serta jarak paling baik antar anak (Hartanto, 2004 : 26). Pengetahuan ini diukur dengan skala butir menggunakan kuisioner (Sedarmayanti, 2002 : 23). Pernyataan pada kuisioner ini terdiri dari 10 pernyataan. Setiap item pertanyaan terdapat tiga pilihan jawaban (no. 1-10). Penilaiannya yaitu :

- Untuk pilihan jawaban yang benar mendapai nilai 20

- Untuk pilihan jawaban yang salah mendapat nilai 10
- Untuk pilihan jawaban tidak tahu mendapat nilai 0

Sehingga didapatkan skor terbesar per responden yang dapat diberikan oleh seorang responden adalah :

- Maksimal : $10 \times 20 = 200$
- Minimal : $10 \times 0 = 0$
- Median : $10 \times 10 = 100$
- Kuartil I : 50
- Kuartil II : 150

Berdasarkan hal diatas diberi ketentuan, yaitu jika skor :

- \geq Kuartil III, dianggap pengetahuan yang dimiliki tinggi.
- \geq Median sampai dengan $<$ Kuartil III, dianggap pengetahuan yang dimiliki sedang.
- $<$ Median, dianggap pengetahuan yang dimiliki rendah.

b. Variabel Sikap

Sikap adalah pendirian, pendapat, atau keyakinan suami yang menjadi dasar untuk melakukan tindakan atau perbuatan yang berhubungan dengan KB (Hartanto, 2004 : 27). Dalam hal ini diwakili oleh pertanyaan kuisioner (no. 11-20). Pertanyaan ini menggunakan skala pengukuran Likert yang terdiri dari 10 pertanyaan (Sedarmayanti, 2002 : 30). Tiap item diberi 5 alternatif jawaban yaitu : sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju. Untuk setiap alternatif jawaban diberi skor berdasarkan kriteria sebagai berikut :

- Apabila item positif angka terbesar diberikan untuk alternatif jawaban sangat setuju yaitu 5, untuk jawaban setuju mendapat nilai 4, ragu-ragu mendapat nilai 3, tidak setuju mendapat nilai 2, sangat tidak setuju mendapat nilai 1.

- Apabila item negatif angka terbesar diberikan untuk alternatif jawaban sangat tidak setuju yaitu 5, untuk jawaban tidak setuju mendapat nilai 4, ragu-ragu mendapat nilai 3, setuju mendapat nilai 2, sangat setuju mendapat nilai 1.

Sehingga didapatkan skor terbesar per responden yang dapat diberikan oleh seorang responden adalah :

- Maksimal : $10 \times 5 = 50$
- Minimal : $10 \times 1 = 10$
- Median : 30
- Kuartil I : 20
- Kuartil II : 40

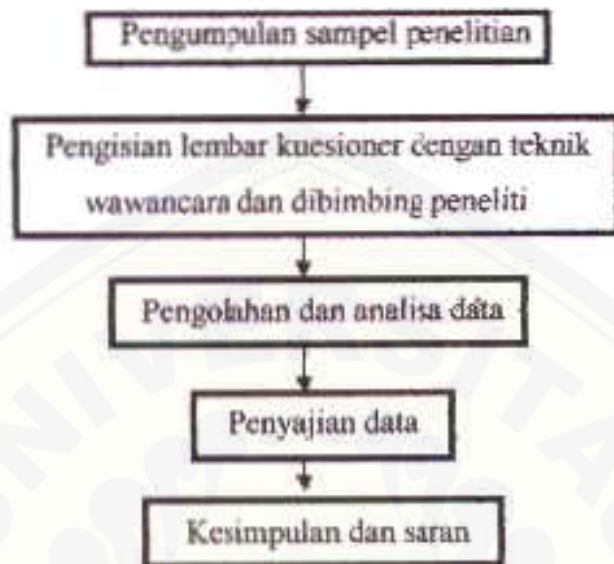
Berdasarkan hal diatas diberi ketentuan, yaitu jika skor :

- \geq Kuartil III, dianggap sikap yang sangat positif
- \geq Median sampai dengan $<$ Kuartil III, dianggap sikap positif
- $<$ Median sampai dengan Kuartil I, dianggap sikap yang negatif
- $<$ Kuartil I, dianggap sikap yang sangat negatif.

3.6 Pengolahan Data

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB di Perumahan Patji Laras Indah Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember, dianalisis dengan menggunakan Uji *Chi-Square* dengan derajat kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) menggunakan bantuan program *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 5 Alur Penelitian



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dari penelitian hubungan pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Jember yang dilakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Penelitian ini menunjukkan 91,7% suami yang termasuk pasangan usia subur memiliki pengetahuan tinggi tentang KE, sebesar 8,3% suami memiliki pengetahuan sedang, dan tidak ada satupun suami (0%) yang memiliki pengetahuan rendah tentang KB.
2. Penelitian ini menunjukkan 33,33% suami yang termasuk pasangan usia subur memiliki sikap yang sangat positif terhadap KB, 60,42% suami memiliki sikap yang positif, 6,25% suami memiliki sikap negatif, serta tidak ada satupun suami (0%) memiliki sikap yang sangat negatif.
3. Penelitian ini menunjukkan sebanyak 33,33% suami yang termasuk pasangan usia subur telah atau pernah menggunakan alat kontrasepsi pria. Sebanyak 66,67% suami tidak menggunakan alat kontrasepsi pria.
4. Penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap suami tentang KB dengan keikutsertaan suami sebagai akseptor KB di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Jember.
5. Dari hasil penelitian menunjukkan sebanyak 33,33% suami ikut serta dalam ber-KB, hal ini jauh lebih tinggi dari angka nasional yaitu sebesar 1,3%, fenomena ini mungkin karena responder di PPLI Arjasa sebagian besar berpendidikan tinggi.

5.2 Saran

1. Perlu dilakukan penelitian mengenai hubungan profil suami (tingkat pendidikan suami-istri, pendapatan keluarga perkapita, dan agama) dengan tingkat pengetahuan dan sikap suami tentang KB serta seberapa besar korelasinya.
2. Perlu dilakukan penelitian lebih mendalam mengenai faktor pendukung dan penghambat keikutsertaan suami dalam KB.
3. Berbagai sarana dan prasarana KB seyogianya peka gender sehingga mampu melayani kebutuhan KB dan kesehatan reproduksi baik pria maupun wanita.
4. Perlu dilakukan pendekatan pada suami secara intensif agar dapat meningkatkan keikutsertaan mereka dalam KB.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, A. 1994. *Psikologi Sosial*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Anton. 2006. *Isu Gender Klien pada KB dan Kesehatan Reproduksi*.
<http://www.bkkbn.sumut.com/w3jbio/vol3/glosarium.pdf>
- BKKBN, 2004. <http://www.bkkn.go.id.htm>
- BPS, 2000. http://www.bps.go.id/sector/populationPop_indo.htm
- Cooper, 1996. *Metode Penelitian Bisnis*. Translated by Ellen Gunzwan from Business Research Metode 5th. Jakarta : Erlangga
- Dinas Kependudukan, KB, dan Catatan Sipil, 2005. Jember
- Entjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : PT Citra Aditya Bakti.
- Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1*. Jakarta : Media Aesculapius FK UL.
- Handayani, S. 1999. *Dari keluarga Berencana Menuju Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Medica.
- Hartarto, H. 2004. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Joesoef, S. 1999. *Konsep Dasar Pendidikan Luar Sekolah*. Jakarta : PT Bumi Aksara.
- Mantra, R.I. 1994 *Perencanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat* Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Mochtar, R. 1998. *Sinopsis Obstetri : Obstetri Operatif, Obstetri Sosial Jilid 2*. Jakarta: EGC
- Moeliono, A.M, dkk. 1989. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Balai Pustaka.

- Naully, Meutia. 2002. *Konflik Peran Gender pada Pria : Teori dan Pendekatan Empirik*. http://www.psikologi_meutia.pdf
- Notoatmodjo, S. 1993. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: FKM-UI.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metode Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta : PT Rineka Citra.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta : Andi Offset.
- Pratiknya, A.W. 1993. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Prawirohardjo, S. 2002. *Ilmu Kebidanan Edisi 3*. Jakarta: FKUI
- Sastroasmoro, S. Sofyan, I. 1995. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Sedarmayanti dan Syarifudin. H. 2000. *Metode Penelitian*. Bandung : Mandar Maju.
- Soetarno, R. 1994. *Psikologi Sosial*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sutyarso, Adimunca, 1997. *Inhibisi Sebagai Bahan Alternatif Kontrasepsi Pria*. <http://www.cerminduniakedokteran/120/1997/lampung.html.pdf>
- Wardoyo, Ibnu. 1991. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pasangan Usia Subur Untuk Ikut Serta Dalam Program Nasional Keluarga Berencana*. Jember : Universitas Jember.
- Widayatun. 1999. *Ilmu Perilaku*. Jakarta : Infomedika.

Lampiran A

PERNYATAAN PERSETUJUAN (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Bersedia menjadi subyek dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Suami Tentang KB Dengan Partisipasi Suami Sebagai Akseptor KB di Perumahan Panji Laras Indah Kelurahan Tegal Bago Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember Tahun 2006".

Prosedur penelitian tidak akan menimbulkan resiko terhadap kesehatan saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban yang benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subyek dalam penelitian ini.

Jember, 2006

(Nama Terang)

Lampiran B

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
UNIVERSITAS JEMBER

KUISIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP SUAMI TENTANG KB DENGAN
PARTISIPASI SUAMI SEBAGAI AKSEPTOR KB DI PERUMAHAN PANJI
LARAS INDAH KELURAHAN TEGAL BAGO KECAMATAN
ARJASA KABUPATEN JEMBER

I. PETUNJUK PENGISIAN

1. Kuesioner ini tidak akan merugikan responden, mohon diisi/dijawab sejujurnya dan selengkapny sesuai dengan pengetahuan dan kemampuan anda.
2. Identitas responden dirahasiakan dan dilindungi sesuai dengan kode etik penelitian.
3. Untuk pertanyaan variabel pengetahuan : Berilah tanda silang (X) pada setiap jawaban yang menurut anda paling benar.
4. Untuk pertanyaan variabel sikap : Berilah tanda silang (X) pada setiap pilihan jawaban yang sesuai dengan pendapat anda yang paling benar.
5. Pertanyaan yang tidak dimengerti, dapat ditanyakan pada peneliti.
6. Terima kasih atas partisipasi anda.

a. Variabel Pengetahuan

1. Apakah yang anda ketahui tentang pengertian KB?
 - a. Suatu upaya untuk mengendalikan kelahiran
 - b. Suatu upaya untuk meningkatkan kesuburan.
 - c. Tidak tahu
2. Apakah yang anda ketahui tentang tujuan program KB?
 - a. Membentuk keluarga kecil bahagia dan sejahtera
 - b. Dua anak cukup
 - c. Tidak tahu
3. Siapakah yang menjadi sasaran program KB?
 - a. Pasangan suami isteri
 - b. Pasangan usia subur
 - c. Tidak tahu
4. Apakah syarat kontrasepsi yang ideal?
 - a. Aman dan tidak mengganggu persetubuhan.
 - b. Menambah gairah seksual
 - c. Tidak tahu
5. Berapakah usia reproduktif sehat wanita yang cukup sehat untuk hamil?
 - a. 20-30 tahun
 - b. 17-25 tahun
 - c. Tidak tahu
6. Kehamilan beresiko tinggi terdapat pada usia :
 - a. Lebih dari 20 tahun
 - b. Lebih dari 35 tahun
 - c. Tidak tahu
7. Jarak paling baik antar anak ditinjau dari dari ibu (fisik dan mental) adalah?
 - a. Minimal 2 tahun
 - b. Minimal 1 tahun
 - c. Tidak tahu

8. Berikut ini yang merupakan metode kontrasepsi yang tidak menggunakan alat/obat/operasi adalah?

- a. Kondom
- b. Senggama terputus
- c. Tidak tahu

9. Berikut ini yang merupakan metode kontrasepsi mantap untuk pria adalah?

- a. Vasektomi (pemotongan saluran sperma)
- b. Tubektomi (pemotongan saluran ovum/ sel telur)
- c. Tidak tahu

10. Berikut ini yang merupakan efek samping dari obat/alat kontrasepsi adalah?

- a. Peningkatan berat badan dan alergi
- b. Penurunan gairah seksual
- c. Tidak tahu

h. Variabel Sikap

1. Kesejahteraan keluarga lebih mudah tercapai melalui keluarga berencana.

- a. Sangat setuju
- b. Setuju
- c. Kurang setuju
- d. Tidak setuju
- e. Sangat tidak setuju

2. Keluarga berencana menyalahi kodrat manusia.

- a. Sangat setuju
- b. Setuju
- c. Kurang setuju
- d. Tidak setuju
- e. Sangat tidak setuju

3. Mempunyai dua anak laki-laki atau perempuan sudah cukup.

- a. Sangat setuju
- b. Setuju
- c. Kurang setuju
- d. Tidak setuju
- e. Sangat tidak setuju

4. Sebaiknya kontrasepsi hanya digunakan oleh istri.
- a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju
 - e. Sangat tidak setuju
5. Sebaiknya kontrasepsi digunakan baik oleh isteri maupun suami.
- a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju
 - e. Sangat tidak setuju
6. Penggunaan alat kontrasepsi dapat mengganggu hubungan seksual.
- a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju
 - e. Sangat tidak setuju
7. Jika suatu saat jumlah anak sudah cukup sebaiknya dilakukan kontrasepsi mantap atau sterilisasi.
- a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju
 - e. Sangat tidak setuju
8. Kontrasepsi pria dapat menurunkan libido dan kemampuan ereksi.
- a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju
 - e. Sangat tidak setuju
9. Kehamilan tidak beresiko pada usia berapapun sebelum wanita menopause.
- a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju
 - e. Sangat tidak setuju
10. Karena beberapa alat/obat/operasi dalam kontrasepsi memiliki beberapa efek samping, maka sebaiknya kontrasepsi tidak digunakan.
- a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju
 - e. Sangat tidak setuju

LAMPIRAN C

DATA HASIL PENELITIAN

No.	Responden		
	Pengetahuan	Sikap	Partisipasi
1.	Tinggi	Sangat positif	Ya
2.	Tinggi	Sangat positif	Ya
3.	Tinggi	Positif	Ya
4.	Tinggi	Positif	Ya
5.	Tinggi	Sangat positif	Ya
6.	Tinggi	Sangat positif	Ya
7.	Tinggi	Positif	Ya
8.	Tinggi	Sangat positif	Ya
9.	Tinggi	Positif	Ya
10.	Tinggi	Positif	Ya
11.	Tinggi	Sangat positif	Ya
12.	Tinggi	Positif	Ya
13.	Tinggi	Sangat positif	Ya
14.	Tinggi	Positif	Ya
15.	Tinggi	Positif	Ya
16.	Tinggi	Sangat positif	Ya
17.	Sedang	Negatif	Tidak
18.	Sedang	Positif	Tidak
19.	Tinggi	Positif	Tidak
20.	Tinggi	Positif	Tidak
21.	Tinggi	Sangat positif	Tidak
22.	Tinggi	Positif	Tidak
23.	Tinggi	Positif	Tidak
24.	Tinggi	Sangat positif	Tidak
25.	Tinggi	Positif	Tidak
26.	Tinggi	Sangat positif	Tidak
27.	Tinggi	Positif	Tidak
28.	Tinggi	Positif	Tidak
29.	Tinggi	Positif	Tidak
30.	Tinggi	Negatif	Tidak
31.	Tinggi	Sangat positif	Tidak
32.	Tinggi	Positif	Tidak
33.	Sedang	Sangat positif	Tidak
34.	Sedang	Positif	Tidak
35.	Tinggi	Negatif	Tidak

36.	Tinggi	Sangat positif	Tidak
37.	Tinggi	Positif	Tidak
38.	Tinggi	Positif	Tidak
39.	Tinggi	Positif	Tidak
40.	Tinggi	Positif	Tidak
41.	Tinggi	Positif	Tidak
42.	Tinggi	Positif	Tidak
43.	Tinggi	Positif	Tidak
44.	Tinggi	Positif	Tidak
45.	Tinggi	Sangat positif	Tidak
46.	Tinggi	Positif	Tidak
47.	Tinggi	Sangat positif	Tidak
48.	Tinggi	Positif	Tidak



Lampiran D

Frequency Table

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedang	4	8.3	8.3	8.3
	Tinggi	44	91.7	91.7	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	3	6.3	6.3	6.3
	Positif	29	60.4	60.4	66.7
	Sangat Positif	16	33.3	33.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Partisipasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	32	66.7	66.7	66.7
	ya	16	33.3	33.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Crosstabs

Sikap * Partisipasi

Crosstab

		Partisipasi		Total
		tidak	ya	
Sikap Negatif	Count	3		3
	% of Total	6.3%		6.3%
Positif	Count	21	8	29
	% of Total	43.8%	16.7%	60.4%
Bergesit Positif	Count	8	8	16
	% of Total	16.7%	16.7%	33.3%
Total	Count	32	16	48
	% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

Chi-Square Tests

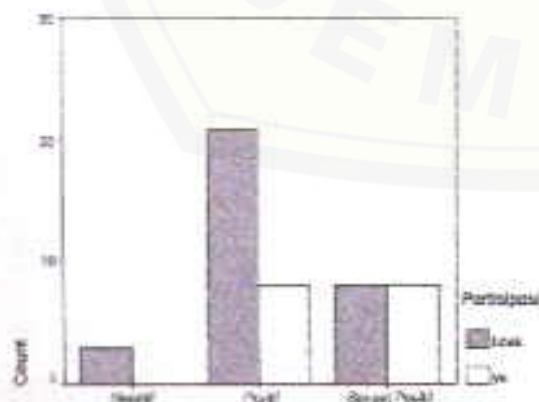
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.931 ^a	2	.143
Likelihood Ratio	4.182	2	.092
Linear-by-Linear Association	3.427	1	.090
N of Valid Cases	48		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

Asymptotic Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.275			.143
Interval by Interval Pearson's R	.285	.125	2.016	.049 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.281	.132	1.985	.052 ^c
N of Valid Cases	48			

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Based on normal approximation.



3844

Pengetahuan * Partisipasi

Crosstab

		Partisipasi		Total
		tidak	ya	
Pengetahuan	Sedang	Count 4		4
		% of Total 8.3%		8.3%
	Tinggi	Count 21	16	44
		% of Total 58.3%	33.3%	91.7%
Total		Count 31	16	48
		% of Total 68.7%	33.3%	100.0%



MILIK UPT PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JEMBER

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.952 ^a	1	.140		
Continuity Correction ^b	.952	1	.386		
Likelihood Ratio	3.423	1	.064		
Fisher's Exact Test				.288	.185
Linear-by-Linear Association	2.130	1	.144		
N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.33.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.209			.140
Interval by Interval	Pearson's R	.213	.058	1.480	.146 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.213	.058	1.480	.146 ^c
N of Valid Cases		48			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

