

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Sectio Caesarea* (SC)

1. Pengertian *Sectio Caesarea* (SC)

Terdapat beberapa definisi *Sectio Caesarea* (SC). SC adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2010).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus sehingga janin dapat lahir secara utuh dan sehat (Jitawiyono, 2012).

Menurut Mochtar (2012) *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan vagina. Ada beberapa istilah dalam *Sectio Caesarea* (SC) yaitu:

a. *Sectio Caesarea* Primer (Elektif)

SC primer bila sejak mula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan dengan cara SC.

b. *Sectio Caesarea* Sekunder

SC sekunder adalah keadaan ibu bersalin dilakukan partus percobaan terlebih dahulu, jika tidak ada kemajuan (gagal) maka dilakukan SC.

c. *Sectio Caesarea* Ulang

Ibu pada kehamilan lalu menjalani operasi SC dan pada kehamilan selanjutnya juga dilakukan SC.

d. *Sectio Caesarea Histerektomy*

Suatu operasi yang meliputi kelahiran janin dengan SC yang secara langsung diikuti histerektomi karena suatu indikasi.

e. *Operasi Porro*

Merupakan suatu operasi dengan kondisi janin yang telah meninggal dalam rahim tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri dan langsung dilakukan histerektomi. Misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat.

2. **Indikasi Tindakan SC**

Indikasi dalam SC dapat dibagi menjadi indikasi absolut dan indikasi relatif. Setiap keadaan yang mengakibatkan kelahiran melalui jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut. Misalnya kesempitan panggul, adanya *neoplasma* yang menyumbat jalan lahir. Indikasi relatif yaitu bila kelahiran melalui vagina bisa terlaksana tetapi dengan pertimbangan keamanan ibu dan bayi maka dilakukan SC (Oxorn dan Forte, 2010).

Manuaba (2012) mengatakan indikasi SC meliputi partus lama, *disproporsi sepalo pelvic*, panggul sempit, gawat janin, malpresentasi, ruptur uteri mengancam, dan indikasi lainnya. Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar SC adalah prolong labour, ruptur uteri mengancam, *fetal distress*, berat janin melebihi 4000 gram, perdarahan *ante partum*. Indikasi yang menambah tingginya angka SC adalah SC berulang, kehamilan prematur, kehamilan resiko tinggi, kehamilan kembar, SC dengan kelainan letak.

2. Kontraindikasi Tindakan *Sectio Caesarea* (SC)

Dalam praktik kebidanan modern, tidak ada kontraindikasi tegas terhadap SC, namun jarang dilakukan dalam kasus janin mati atau *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), terlalu premature bertahan hidup, ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum teratasi, kelainan konginetal, kurangnya fasilitas (Fitri, 2017).

3. Komplikasi Tindakan *Sectio Caesarea* (SC)

Beberapa komplikasi yang paling banyak terjadi dalam SC adalah akibat tindakan anastesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, *Endometriosis* (radang endometrium), *Tromboplebitis* (gangguan pembekuan darah pembuluh balik), *Embolisme* (penyumbatan pembuluh darah paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Komplikasi serius pada tindakan SC adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, *hematoma ligamentum latum (Broad Ligamen)*, infeksi pada saluran genitalia, pada daerah insisi, dan pada saluran perkemihan (Prawirohardjo, 2012).

4. Risiko persalinan SC

Frekuensi SC yang semakin tinggi mengakibatkan masalah tersendiri untuk kesehatan ibu, bayi dan kehamilan berikutnya. Morbiditas dan mortalitas tersebut berhubungan dengan adanya luka parut uterus (Suryawinata, 2019).

Menurut Chunningham dalam Suryawinata (2019) bekas luka SC terdiri dari dua komponen yaitu bagian *hypoecoic* pada bekas luka dan jaringan parut pada myometrium yang dinilai sebagai ketebalan myometrium residual (KMR).

Ketebalan seluruh *Segmen Bawah Rahim* (SBR) diukur dengan menggunakan *transabdominal sonografi*, sedangkan lapisan otot diukur dengan menggunakan *Trasvaginalsonografi* (TVS). Ketebalan SBR harus dievaluasi karena berperan penting sebagai predictor terjadinya ruptur uteri. Angka kejadian ruptur uteri sebesar 0,6% pada pasien dengan riwayat SC 1 kali dan meningkat menjadi 1,8% pada pasien dengan riwayat SC dua kali.

Persalinan melalui SC juga terbukti akan meningkatkan resiko terjadinya *plasenta previa* dan *abrupsi plasenta* pada kehamilan berikutnya. Peningkatan resiko terjadinya *plasenta previa* 47% dan *abrupsi plasenta* 40%. Respon yang berbeda terhadap luka operasi SC terutama respon terhadap sitokin dan mediator inflamasi, kejadian stress oksidatif berdampak pada pertumbuhan dan rekonstruksi *desidua basalis* serta kemampuan desidua untuk menampung dan memodulasi *infiltrasi trofoblast*. Remodelisasi kondisi uterus pasca SC juga dapat menyebabkan kelainan pada letak plasenta, yaitu *plasenta previa*. Adanya insisi SBR yang membuat modulasi dari SBR menipis sehingga menyebabkan *plasentosis* menyebar hingga ke permukaan rendah uterus. *Plasenta previa* ini dapat menyebabkan perdarahan anate partum dan menjadi indikasi untuk kembali dilakukan SC pada kehamilan selanjutnya (Suryawinata, 2019).

B. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Pasca Plasenta

1. Pengertian AKDR

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) berupa alat kecil terbuat dari plastik yang fleksibel atau plastik dan tembaga yang dipasang dalam rahim untuk mencegah kehamilan (Handayani, 2010).

Berdasarkan waktu pemasangannya AKDR dapat dibagi menjadi empat yaitu:

- a. AKDR *Pasca Plasenta* adalah pemasangan AKDR dalam 10 menit setelah plasenta lahir.
- b. AKDR *Immediat Post Partum* adalah pemasangan AKDR setelah 10 menit hingga 48 jam pasca persalinan.
- c. AKDR *Late Post Partum* adalah pemasangan AKDR setelah 48 jam persalinan sampai dengan 4 minggu pasca salin
- d. AKDR *Interval* adalah pemasangan AKDR setelah 4 minggu pasca persalinan (WHO, 2013).

AKDR pasca plasenta adalah pemasangan AKDR yang dilakukan 10 menit setelah plasenta lahir pada persalinan normal atau sebelum penjahitan uterus pada tindakan *Sectio Caesarea* (BKKBN, 2012).

2. Jenis- Jenis AKDR di Indonesia

Menurut Arum (2011) jenis-jenis AKDR adalah sebagai berikut:

- a. CuT-380 A

AKDR Cu-T 380A terbuat dari bahan polietelen berbentuk huruf T dengan tambahan bahan Barium Sulfat. Pada bagian tubuh yang tegak, dibalut tembaga sebanyak 176 mg dan pada bagian tengahnya masing-masing mengandung 68,7 mg tembaga dengan luas permukaan $380 \pm 23 \text{ m}^2$. ukuran bagian tegak 36 mm dan bagian melintang 32 mm dengan diameter 3 mm. Pada bagian ujung bawah dikaitkan benang *monofilament polietilen* sebagai kontrol.

b. NOVA T (Schering)

Nova-T mempunyai 200 mm² kawat halus tembaga dengan bagian lengan fleksibel dan ujung tumpul sehingga tidak menimbulkan luka pada jaringan saat dipasang.

c. *Lippes Loop*

IUD *Lippes Loop* terbuat dari bahan polietilen, berbentuk spiral, mengandung barium sulfat pada tubuhnya. Adapun tipe dari IUD ini adalah :

1). *Lippes Loop A* memiliki panjang 22,5 cm dengan berat 290 mgr, warna benang hitam.

2). *Lippes Loop B* memiliki panjang 22,7 cm dengan berat 526 mgr, warna benang biru.

3). *Lippes Loop C* memiliki panjang 30 cm dengan berat 615 mgr, warna benang kuning.

4). *Lippes Loop D* memiliki panjang 30 cm dengan berat 709 mgr, warna benang putih.

d. *Multiload 375*

Multiload 375 (ML 375) terbuat dari polipropilen dan mempunyai luas permukaan 250 mm² atau panjang 375 mm² kawat halus tembaga yang membalut batang vertikalnya untuk menambah efektifitas. Ada 3 jenis ukuran *multiload* yaitu *standar*, *small*, dan *mini*.

e. Copper-7

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan

ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm² fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis *Copper –T*.

Pada pemasangan AKDR pasca plasenta jenis AKDR yang bisa digunakan yaitu *Copper T 380A*, *Multiload Copper 375* dan AKDR dengan *Levonorgestrel*. AKDR jenis *Copper T 380A* menjadi yang paling banyak digunakan karena karakteristiknya baik, mudah pemasangannya, efektif, harga lebih terjangkau dibandingkan jenis AKDR lainnya dan mudah didapatkan.

3. Teknik Pemasangan dan Mekanisme Kerja AKDR Pasca Plasenta

a. Teknik pemasangan

Pemasangan AKDR pasca plasenta dilakukan 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan cara:

1) AKDR dipasang dengan tangan secara langsung setelah plasenta dilahirkan atau sebelum penjahitan uterus. AKDR dipegang dengan jari telunjuk dan jari tengah, kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan servik sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada perut bagian bawah dan mencengkram uterus untuk memastikan AKDR dipasang ditengah-tengah atau *fundus uterus*. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan dari vagina, jika AKDR ikut tertarik keluar maka segera dilakukan perbaikan posisi.

2) AKDR dipasang dengan *ring forceps* dengan prosedur yang hampir sama dengan pemasangan dengan tangan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan alat berupa *ring forceps* (BKKBN, 2014)

b. Mekanisme kerja

AKDR pasca plasenta merupakan metode yang aman, efektif dan nyaman bagi sebagian besar perempuan. AKDR yang telah dipasang setelah lahirnya

plasenta juga berfungsi seperti AKDR yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan AKDR pasca plasenta umumnya digunakan AKDR dengan lilitan tembaga yang akan mengakibatkan perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur. Metode ini merupakan kesempatan yang baik untuk mengontrol fertilitas pasca persalinan (Nisa, 2011).

4. Efektivitas AKDR Pasca Plasenta

Menurut hasil penelitian AKDR pasca plasenta telah terbukti tidak menambah resiko infeksi, perforasi dan perdarahan. Kemampuan penolong meletakkan di fundus akan memperkecil resiko ekspulsi sehingga diperlukan petugas terlatih untuk pemasangan (Affandi, 2011). Berdasarkan penelitian angka ekspulsi AKDR pasca plasenta 9,5-12,5%. Angka ini paling rendah dibandingkan pemasangan AKDR setelah 10 menit hingga 48 jam pasca salin (*Immediate Post Partum*) angka ekspulsinya 25-37%, pemasangan setelah 48 jam hingga 4 minggu pasca salin (*Late Post Partum*) tidak disarankan karena angka ekspulsi meningkat dan resiko perforasi, pemasangan setelah 4 minggu pasca salin (masa interval) angka ekspulsinya 3-13% (WHO, 2013).

5. Keuntungan Pemasangan AKDR Pasca Plasenta

Keuntungan pemasangan AKDR pasca plasenta adalah praktis, langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan, efektif, aman untuk wanita yang positif HIV, kesuburan dapat kembali lebih cepat setelah pelepasan, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual dan tidak ada nyeri pada saat pemasangan (Shukla, 2012).

6. Kontraindikasi Pemasangan AKDR Pasca Plasenta

AKDR pasca plasenta tidak boleh dipasang pada pasien dengan riwayat ketuban pecah lama, infeksi *intrapartum*, perdarahan *post partum*, pada pasien *rupture uteri*, pasien dengan gejala penyakit radang panggul, gangguan pembekuan darah, penyakit *trofoblas* dalam kehamilan, uterus yang tidak normal, adanya kanker uterus (*TBC Pelvic*) serta pasien AIDS tanpa terapi *antiretroviral* (Nisa, 2011).

C. Pengetahuan

1. Pengertian

Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2012) adalah hasil dari penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra. Sebagian pengetahuan manusia didapat melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Pengetahuan seseorang bisa diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, missal: media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah dapat melalui cara tradisional yaitu *trial and error*, kekuasaan atau otoritas, pengalaman pribadi dan jalan pikiran (Notoatmodjo, 2012).

2. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

a. Faktor internal

1). Pendidikan

Pendidikan dapat diartikan bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menemukan

manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan juga mempengaruhi perilaku seseorang.

Menurut Undang –Undang Republik Indonesia nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan yaitu:

- (a). Pendidikan dasar : SD dan SMP
- (b). Pendidikan menengah : SMA/SMK/MA
- (c). Pendidikan tinggi : Diploma, Sarjana, Magister

2). Umur

Menurut Notoatmodjo (2012) umur dapat mempengaruhi perilaku individu. Semakin bertambah usia maka semakin banyak pengalaman dan pengetahuan yang di peroleh oleh seseorang, sehingga bisa meningkatkan kematangan mental dan intelektual. Usia seseorang yang lebih dewasa mempengaruhi tingkat kemampuan dan kematangan dalam berfikir dan menerima informasi yang semakin lebih baik jika di dibandingkan dengan usia yang lebih muda. Masa reproduksi wanita sesuai umur dikelompokkan menjadi tiga periode, yaitu:

- (1). Reproduksi muda : umur 15-19 tahun
- (2). Reproduksi sehat : umur 20-35 tahun
- (3). Reproduksi tua : umur 36-45 tahun.

3). Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan yang harus dilakukan terutama untuk memenuhi kebutuhan setiap hari. Lingkungan pekerjaan dapat membuat seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

4). Paritas

Paritas menurut Manuaba (2010) adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm. Paritas dapat dibedakan menjadi tiga yaitu:

- (a). Primipara yaitu wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali.
- (b). Multipara yaitu wanita yang telah melahirkan anak hidup beberapa kali namun tidak melebihi lima kali.
- (c). Grandemultipara yaitu wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari empat kali.

b. Faktor eksternal

1). Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2). Faktor budaya

Sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dan penerimaan informasi.

3). Media Informasi

Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Informasi yang diperoleh dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sebagai sarana komunikasi berbagai bentuk media massa seperti radio, televisi, surat kabar, majalah yang mempunyai

pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan semua orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut (Erfandi, 2009).

3. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif menurut Notoatmodjo (2012) mempunyai enam tingkatan, yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu dapat diartikan mengingat kembali materi yang telah dipelajari sebelumnya. Merupakan tingkatan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa seseorang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain mampu menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan suatu materi secara benar.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk dapat menjelaskan dan menginterpretasikan materi yang diketahui secara benar. Orang yang telah paham harus dapat menyebutkan, menjelaskan, dan menyimpulkan.

c. Aplikasi (*application*)

Merupakan kemampuan seseorang yang telah memahami suatu materi atau objek dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan seseorang untuk menjabarkan materi atau objek tertentu ke dalam suatu komponen yang terdapat dalam suatu masalah dan berkaitan satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan seseorang untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian suatu objek tertentu kedalam bentuk yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan suatu kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu. Penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria –kriteria yang telah ada.

4. Penilaian Tingkat Pengetahuan

Penilaian tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan teknik wawancara atau kuisioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari isi subjek penilaian atau responden (Arikunto, 2013). Pengukuran tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi tiga, yaitu:

- a. Pengetahuan baik bila responden dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- b. Pengetahuan cukup bila responden dapat menjawab 56-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan
- c. Pengetahuan kurang bila responden dapat menjawab < 56% dari total jawaban pertanyaan.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) pasca plasenta

Faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan penggunaan kontrasepsi AKDR pasca plasenta berdasarkan penelitian sebelumnya adalah tingkat pendidikan, status ekonomi, peran suami, umur, paritas, pekerjaan dan penerimaan informasi tentang KB.

a. Tingkat pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan suatu masyarakat, semakin tinggi pula harapan mereka untuk memperoleh informasi (Kusumaningrum, 2017). Berdasarkan penelitian Sudiarti (2013), ibu yang berpendidikan tinggi mempunyai kemungkinan tiga kali lebih besar untuk menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dibandingkan dengan ibu berpendidikan rendah.

b. Status ekonomi

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan perbulan. Menurut penelitian Adhani (2011) ada hubungan antara status ekonomi dengan pemilihan kontrasepsi. Hal ini disebabkan karena mereka beranggapan bahwa dalam pemilihan alat kontrasepsi harus menyesuaikan kemampuan pendapatan, sehingga tidak memberatkan pengguna.

c. Konseling

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan keluarga berencana. Konseling oleh petugas kesehatan dapat membantu klien dalam memilih dan emmeutuskan jenis kontrasespsi sesuai dengan pilihannya (BKKBN, 2012).

Widiastuti, dkk. (2016) mengatakan peran petugas kesehatan dalam pemberian informasi dan konseling tentang AKDR pasca plasenta dapat dilakukan

mulai pemeriksaan kehamilan atau dilaksanakan terpadu dalam P4K melalui amanat persalinan serta penyampaian informasi pada kelas ibu hamil dan diingatkan kembali pada setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan.

d. Peran atau dukungan suami

Dukungan suami sangat berpengaruh dalam keputusan penggunaan kontrasepsi. Berdasarkan penelitian Widiastuti, dkk (2016) mengatakan responden yang tidak mendapatkan dukungan suami (16,7%) yang menggunakan AKDR, sedangkan responden yang mendapatkan dukungan suami (62,5%) menerima AKDR.

e. Umur

Faktor usia sangat berpengaruh pada aspek reproduksi manusia terutama dalam pengaturan jumlah anak yang dilahirkan yang akan berhubungan dengan pola kesehatan ibu. Pasangan Usia Subur (PUS) usia 20-30 tahun lebih memilih metode kontrasepsi jangka panjang seperti AKDR sedangkan usia dibawah 20 tahun memilih menggunakan kontrasepsi hormonal untuk menunda kehamilan (Mujiastuti, 2017).

f. Paritas

Mujiastuti (2017) menyatakan bahwa responden multipara jumlahnya lebih banyak dibandingkan responden primipara yang menggunakan kontrasepsi IUD pasca plasenta. Hal ini menunjukkan bahwa pasangan dengan jumlah anak hidup lebih banyak cenderung menggunakan kontrasepsi dengan efektifitas tinggi sehingga tidak terjadi kehamilan dalam jarak yang dekat.

g. Penerimaan informasi

Informasi yang disampaikan dengan baik akan membantu meningkatkan kewaspadaan dalam menghadapi efek samping dan mengurangi tingkat putus pakai pada pemakaian alat kontrasepsi. Informasi KB yang berkualitas dapat memberi kontribusi pada peningkatan pemahaman akseptor dalam pengetahuan pengendalian kelahiran anak, namun aspek pendidikan harus diperhatikan baik dalam menyampaikan informasi (komunikator) maupun yang menerima informasi atau komunikan (Herawati, 2014).

Penelitian Adhyani, dkk (2011) mengatakan dari 60 responden, 45% responden tidak pernah mendapatkan informasi tentang AKDR sebelumnya dan 55% berpendapat sudah pernah mendapatkan informasi tentang AKDR sebelumnya. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengaruh penerimaan informasi dengan pemilihan kontrasepsi.

D. Media Penyuluhan Kesehatan

Media adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan ataupun pengajaran. Media disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan atau pengajaran. Prinsip pembuatan alat peraga atau media bahwa pengetahuan yang ada pada setiap orang diterima atau ditangkap melalui panca indra (Fatmawati, 2013). Semakin banyak pancaindra yang digunakan, semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan alat peraga dimaksudkan mengerahkan indera sebanyak mungkin pada suatu objek sehingga memudahkan pemahaman. Menurut penelitian para ahli,

panca indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75% - 87%), sedangkan 13%-25% pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui indra lainnya (Fatmawati, 2013). Seseorang dapat memperoleh pengetahuan melalui berbagai macam media atau alat bantu pendidikan di dalam proses pendidikannya. Masing-masing media tersebut mempunyai intensitas yang berbeda-beda dalam mempersepsikan bahan pendidikan atau pengajaran.

Edgar Dale membagi alat bantu atau media promosi kesehatan menjadi 11 macam dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap alat-alat tersebut dalam sebuah kerucut (Notoatmodjo, 2012). Dari kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini menunjukkan bahwa dalam proses pendidikan benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan bahan pendidikan atau pengajaran, sedangkan penyampaian bahan-bahan hanya dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan kesehatan, media dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1. Media cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat. Yang termasuk dalam media cetak antara lain :

a. Lembar Balik (flip chart).

Salah satu contoh media yang sering digunakan di masyarakat umum adalah lembar balik (flip chart) (Kemenkes RI, 2015). Lembar balik (flip chart) adalah lembaran-lembaran kertas yang dibundel menjadi satu dengan jilid ring sehingga dapat dibalikkan, yang berisi pesan dan diterangkan dengan gambar yang menjelaskan suatu topik secara cukup rinci. Setiap topik bahasan tertentu selalu terdiri dari 2 halaman, satu halaman bergambar dengan teks terbatas menghadap ke arah peserta sedangkan halaman yang menghadap fasilitator berisikan informasi kunci dan pertanyaan diskusi yang menjadi acuan pembahasan topik tersebut. Dengan menggunakan lembar balik, proses pendidikan atau belajar menjadi lebih mudah dan lebih menarik bagi penerima pesan maupun pemberi pesan. Bagi penerima pesan, gambar dan tulisan serta komposisi warna yang tepat dapat membantu dan mempermudah proses pemahaman. Sedangkan bagi pemberi pesan, teks yang tertera pada halaman belakang dapat membantu mempermudah penyampaian pesan.

Cara penggunaan lembar balik yaitu langsung dibuka sesuai dengan topik pembicaraan untuk diterangkan kepada peserta penyuluhan. Berdasarkan penggunaannya media ini memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihannya yaitu proses pendidikan menjadi lebih mudah dan lebih menarik bagi penerima pesan maupun pemberi pesan, pesan yang disampaikan dapat lebih terperinci, dapat menarik perhatian khalayak, dan dapat digunakan untuk diskusi kelompok. Sedangkan kekurangannya yaitu ukurannya kurang efektif untuk khalayak lebih dari 12 orang dan agak kaku saat penggunaannya karena urutan lembarannya sulit diubah-ubah (Fatmawati,2013).

Media lembar balik merupakan media penyampaian informasi kesehatan, media lembar balik merupakan papan berkaki yang bagian atasnya bisa menjepit lembaran, lembar balik juga merupakan kumpulan ringkasan, skema, gambar, dan tabel yang dibuka secara berurutan berdasarkan topik pembelajaran. Keuntungan dari alat peraga atau media lembar balik ini adalah tidak memerlukan listrik, ekonomis, memberikan info ringkas dan praktis. Media ini juga cocok untuk kebutuhan didalam ruangan, bahan dan pembuatannya juga murah, mudah dibawa kemana-mana dan membantu mengingatkan pesan dasar bagi fasilitator atau pengguna media ini (Pratiwi, 2014).

b. Leaflet

Leaflet merupakan media komunikasi grafis dengan ukuran relatif kecil yang mengandung pesan tercetak untuk disebarkan kepada masyarakat sebagai informasi mengenai suatu hal. Leaflet berisi penjelasan singkat dan jelas serta dapat dilengkapi dengan gambar yang sederhana. Leaflet dapat digunakan sebagai media penyuluhan dan dapat diberikan sebelum maupun sesudah penyuluhan. Leaflet diberikan sebelum penyuluhan dimulai agar leaflet dapat digunakan untuk pembuka serta memfokuskan topik yang akan dibahas. Leaflet juga dapat diberikan sesudah penyuluhan agar peserta berkonsentrasi penuh pada isi penyuluhan (Sutrisno, 2012).

Kegunaan dan keunggulan dari leaflet adalah sederhana dan sangat murah, orang dapat menyesuaikan dan belajar mandiri, pengguna dapat melihat isinya pada saat santai, informasi dapat dibagikan dengan keluarga dan teman. Leaflet juga dapat memberikan detil (misalnya statistik) yang tidak mungkin bila disampaikan lisan (Depkes RI, 2008). Namun, leaflet juga mempunyai keterbatasan yaitu tidak

cocok untuk setiap orang (misalnya orang yang buta huruf), tidak tahan lama dan mudah hilang, pesan yang disampaikan terbatas, dapat menjadi kertas percuma kecuali penyuluh secara aktif melibatkan sasaran penyuluhan dalam membaca dan menggunakan materi (Kemenkes RI, 2015).

c. Poster dan Booklet

2. Media elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar serta penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikutsertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya (Notoatmodjo, 2012).

Yang termasuk media elektronik antara lain radio, video, dan film

3. Media luar ruangan

Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner, dan televisi layar lebar (Notoatmodjo, 2012). Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, mengikutsertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah,

memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya (Notoatmodjo, 2012).