Nomor Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

INFORMED CONSENT PENELITIAN

Kepada Yth,

Ibu

Di Tempat

Assalamualalikum Wr. Wb

Saya dr.Ana Mariana dokter internsip RSUD Pameungpeuk akan melakukan penelitian tentang “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang di Wilayah Kerja Puskesmas dan RSUD Pameungpeuk Kabupaten Garut Selatan”. Penelitian ini dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas sosialisasi kepada masyarakat kecamatan Pameungpeuk mengenai penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang dan untuk dipresentasikan dalam lingkup seminar ilmiah nasional di acara Pekan Ilmiah Tahunan Persatuan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Sehingga untuk keperluan tersebut saya mohon ibu mengisi kuesioner yang saya sediakan dengan kejujuran serta apa adanya.

Akhir kata, saya ucapkan terimakasih atas kesediaan ibu untuk terlibat dalam penelitian ini. Setiap jawaban ibu akan saya jaga kerahasiaannya dari siapapun.

Wassalamualaikum Wr Wb.

Peneliti

(dr.Ana Mariana)

**Kuesioner Penelitian** Nomor Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGGUNAAN**

**METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG DI WILAYAH KERJA**

**PUSKESMAS DAN RSUD PAMEUNGPEUK KABUPATEN GARUT SELATAN**

**PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN**

**(*INFORMED CONSENT*)**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : ………………………………………………….

Umur : ………………………………………………….

Alamat : ………………………………………………….

Setelah mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini, maka saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi subjek dalam penelitian yang akan dilakukan oleh dr.Ana Mariana Dokter Internsip RSUD Pameungpeuk. Saya menyadari sepenuhnya bahwa penelitian ini sangat bermanfaat untuk kepentingan ilmiah dan upaya untuk mensosialisasikan metode kontrasepsi jangka panjang. Indentitas responden digunakan hanya untuk keperluan penelitian dan akan dijaga kerahasiaannya. Demikian pernyataan ini dibuat dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun agar dapat dipergunakan sesuai keperluan.

Responden

( )

**Kuesioner Penelitian**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PERTANYAAN** | **JAWABAN** | | |
| **A.** | **KARAKTERISTIK RESPONDEN** | | | |
| 1 | Nama Responden |  | | |
| 2 | Umur |  | | |
| 3 | Alamat (kecamatan/desa) |  | | |
| 4 | Agama |  | | |
| 5 | Nama Suami |  | | |
| 6 | Umur Suami |  | | |
| 7 | Pendidikan Terakhir Istri |  | | |
| 8 | Pendidikan Terakhir Suami |  | | |
| 9 | Pekerjaan Istri |  | | |
| 10 | Pekerjaan Suami |  | | |
| 11 | Pendapatan perbulan (status ekonomi) |  | | |
| 12 | Riwayat Obstetri |  | | |
|  | a. Jumlah anak lahir hidup |  | | |
|  | b. Jumlah anak meninggal |  | | |
|  | c. Jumlah abortus |  | | |
|  | d. Usia anak terakhir |  | | |
| 13 | Riwayat Persalinan | anak ke-1 | anak ke-2 | anak ke-3 |
|  | a. Paraji |  |  |  |
|  | b. Bidan |  |  |  |
|  | c. Dokter Umum/ Dokter Spesialis Kandungan |  |  |  |
| 14 | Riwayat Kontrasepsi (KB) | | | |
|  | Menggunakan KB saat ini | a. Ya | b. Tidak | |
|  | Alasan tidak menggunakan KB (\*bila tidak menggunakan) | | | |
|  | a. tidak berani menggunakan pil KB hormonal | a. Ya | b. Tidak | |
|  | b. tidak berani menggunakan IUD/spiral | a. Ya | b. Tidak | |
|  | c. sering lupa minum pil | a. Ya | b. Tidak | |
|  | d. takut gemuk atau berat badan bertambah | a. Ya | b. Tidak | |
|  | e. takut IUD/spiral menembus dinding rahim | a. Ya | b. Tidak | |
|  | f. alasan lain………………………………....................  (jelaskan) |  | | |
|  | Alat kontrasepsi kb yang pernah atau sedang digunakan |  | | |
|  | Berapa lama menggunakan alat kontrasepsi tersebut |  | | |
|  | Mendengar KB dari siapa awalnya |  | | |
|  | Kapan menggunakan KB untuk pertama kali (tahun) |  | | |
| **B.** | **PENGETAHUAN (Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda)** | | | |
| 15 | Alat kontrasepsi merupakan suatu alat, obat, dan cara yang digunakan untuk dapat mencegah kehamilan? | a. Ya | b. Tidak | |
| 16 | Apa saja jenis alat kontrasepsi yang ibu ketahui? | | | |
|  | a. suntik | a. Ya | b. Tidak | |
|  | b. pil | a. Ya | b. Tidak | |
|  | c. kondom | a. Ya | b. Tidak | |
|  | d. IUD/ Spiral | a. Ya | b. Tidak | |
|  | e. implan Susuk | a. Ya | b. Tidak | |
|  | f. sterilisasi wanita | a. Ya | b. Tidak | |
|  | g. sterilisasi pria | a. Ya | b. Tidak | |
| 17 | Menurut anda apa tujuan penggunaan alat kontrasepsi? | | | |
|  | a. untuk menunda kehamilan | a. Ya | b. Tidak | |
|  | b. untuk menjarangkan kehamilan | a. Ya | b. Tidak | |
|  | c. untuk kesejahteraan dan kebahagiaan keluarga | a. Ya | b. Tidak | |
|  | d. tidak ingin hamil lagi | a. Ya | b. Tidak | |
| 18 | Apa yang ibu ketahui tentang alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)? | | | |
|  | a. alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim | a. Ya | b. Tidak | |
|  | b. alat kontrasepsi yang terbuat dari bahan plastik dan tembaga | a. Ya | b. Tidak | |
|  | c. alat kontrasepsi yang hanya boleh dipasang oleh dokter atau bidan terlatih | a. Ya | b. Tidak | |
| 19 | Di bagian tubuh mana AKDR boleh dipasang? | | | |
|  | a. Rahim | a. Ya | b. Tidak | |
|  | b. alat kemaluan | a. Ya | b. Tidak | |
|  | c. bokong | a. Ya | b. Tidak | |
| 20 | Lokasi pemasangan alat susuk KB atau implan adalah? | | | |
|  | a. lengan | a. Ya | b. Tidak | |
|  | b. tangan | a. Ya | b. Tidak | |
|  | c. paha | a. Ya | b. Tidak | |
| **C.** | **VARIABEL KEPERCAYAAN (Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 21 | Apakah ibu percaya bahwa alat kontrasepsi yang ibu gunakan dapat menunda kehamilan? | Percaya [P] | Ragu-Ragu [R] | Tidak Percaya [TP] |
| 22 | Apakah ibu percaya bahwa alat kontrasepsi yang ibu gunakan dapat menjarangkan kehamilan? | P | R | TP |
| 23 | Apakah ibu percaya bahwa alat kontrasepsi yang ibu gunakan dapat meningkatkan kesejahteraan dan kebahagiaan keluarga? | P | R | TP |
| 24 | Apakah ibu percaya jika memakai IUD (spiral, cooper T), maka batang IUD dapat menempel di kepala bayi saat bayi lahir? | P | R | TP |
| 25 | Apakah ibu percaya jika memakai IUD (spiral, cooper T), maka IUD tersebut dapat berpindah tempat setelah dipasang? | P | R | TP |
| 26 | Apakah ibu percaya jika implan/ susuk KB dapat berpindah tempat setelah dipasang? | P | R | TP |
| **D.** | **VARIABEL SIKAP (Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 27 | Sampai saat ini, ibu X tidak mau ber-KB, meskipun telah memiliki 5 orang anak yang kesemuanya laki-laki, alasannya karena belum memiliki anak perempuan. Bagaimana pendapat ibu terhadap kasus tersebut? | Setuju [S] | Kurang Setuju [KS] | Tidak Setuju [TS] |
| 28 | Bagaimana pendapat ibu terhadap pepatah yang mengatakan "banyak anak banyak rezeki"? | S | KS | TS |
| 29 | Memiliki 2 orang anak sudah cukup, laki-laki maupun perempuan. Bagaimana pendapat ibu? | S | KS | TS |
| 30 | Ibu Z tidak mau ber-KB, karena menurutnya dengan menggunakan alat kontrasepsi membuat seseorang tidak dapat memiliki anak lagi. Bagaimana pendapat ibu mengenai kasus tersebut? | S | KS | TS |
| 31 | Jumlah anak yang banyak mendorong ibu untuk menggunakan KB IUD (spiral, cooper T)/ implan/susuk | S | KS | TS |
| 32 | KB IUD (spiral, cooper T) tidak menyebabkan gemuk | S | KS | TS |
| 33 | Pemasangan IUD dianggap tabu karena langsung dipasang ke leher Rahim | S | KS | TS |
| 34 | KB IUD (spiral, cooper T) tidak dapat menyebabkan orang sakit menahun (jantung, diabetes, dll) | S | KS | TS |
| 35 | KB implan/susuk tidak mengganggu produksi ASI | S | KS | TS |
| 36 | KB implan/susuk praktis dalam pemakaian | S | KS | TS |
| 37 | KB implan/susuk dapat meningkatkan berat badan | S | KS | TS |
| **E.** | **VARIABEL KETERPAPARAN TERHADAP INFORMASI MKJP (Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 38 | Dalam 6 bulan terakhir, apakah ibu pernah mendapatkan informasi mengenai MKJP (Kontrasepsi spiral/susuk/IUD/implan) dari: | | | |
|  | - radio | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - televisI | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - koran/ majalah | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - poster | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - pamphlet | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - tokoh agama | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - dokter | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - bidan/perawat | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - kader kesehatan | a. Ya | b. Tidak | |
|  | - tokoh masyarakat | a. Ya | b. Tidak | |
| **F.** | **VARIABEL KETERAMPILAN TERKAIT KONTRASEPSI (Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 39 | Apakah petugas menanyakan riwayat penyakit ibu sebelum menggunakan alat kontrasepsi? | a. Ya | b. Tidak | |
| 40 | Apakah petugas memberikan penjelasan tentang macam-macam alat kontrasepsi? | a. Ya | b. Tidak | |
| 41 | Apakah sebelum menggunakan alat kontrasepsi, petugas menjelaskan tentang efek samping dari alat kontrasepsi yang akan digunakan? | a. Ya | b. Tidak | |
| 42 | Apakah sebelum menggunakan alat kontrasepsi anda diberikan lembar penjelasan sebelum diberikan tindakan? | a. Ya | b. Tidak | |
| **G.** | **VARIABEL DUKUNGAN SUAMI**  **(Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 43 | Apakah suami ibu setuju dengan alat kontrasepsi yang ibu gunakan sekarang? | a. Ya | b. Tidak | |
| 44 | Apakah suami ibu memberikan dukungan kepada ibu untuk ber-KB? | a. Ya | b. Tidak | |
| 45 | Alat kontrasepsi apa yang disarankan oleh suami ibu? (Lingkari salah satu pilihan jawaban ) | Suntik 3 bulan | IUD | Implan/ susuk |
| Suntik 1 bulan | Spiral | Kondom |
| **H.** | **VARIABEL DUKUNGAN TEMAN**  **(Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 46 | Apakah teman sebaya ibu memberikan dukungan/ dorongan terhadap ibu untuk ber-KB? | a. Ya | b. Tidak | |
| 47 | Bagaimana pendapat teman sebaya ibu terhadap alat kontrasepsi yang ibu gunakan? | a. Setuju | b. Tidak Setuju | |
| 48 | Alat kontrasepsi apa yang disarankan oleh teman sebaya ibu? (Lingkari salah satu pilihan jawaban) | Suntik 3 bulan | IUD | Implan/ susuk |
| Suntik 1 bulan | Spiral | Kondom |
| **I.** | **VARIABEL DUKUNGAN TENAGA KESEHATAN (Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 49 | Apakah petugas kesehatan pernah menyarankan kepada ibu untuk menggunakan KB IUD (spiral, cooper T)/ implan/ susuk? | a. Ya | b. Tidak | |
| 50 | Apakah petugas kesehatan memberi kesempatan atau kebebasan kepada ibu untuk memilih alat kontrasepsi yang ibu gunakan? | a. Ya | b. Tidak | |
| 51 | Alat kontrasepsi apa yang disarankan oleh tenaga kesehatan untuk digunakan oleh ibu? (Lingkari salah satu pilihan jawaban) | Suntik 3 bulan | IUD | Implan/ susuk |
| Suntik 1 bulan | Spiral | Kondom |
| **J.** | **VARIABEL DUKUNGAN PEMIMPIN DALAM KOMUNITAS (Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 52 | Apakah di tempat tinggal anda pernah ada kegiatan yang berkaitan dengan MKJP (Kontrasepsi spiral/ susuk/ IUD/ implan) yang diselenggarakan oleh: | | | |
|  | - tokoh masyarakat | a. Ya | b. Tidak |  |
|  | - tokoh agama | a. Ya | b. Tidak |  |
|  | - kader kesehatan | a. Ya | b. Tidak |  |
| **K.** | **VARIABEL PENGGUNAAN KONTRASEPSI (Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban anda** | | | |
| 53 | Alat kontrasepsi apa yang saat ini ibu gunakan? (Lingkari salah satu pilihan jawaban) | Suntik 3 bulan | IUD | Implan/ susuk |
| Suntik 1 bulan | Spiral | Kondom |
| **L.** | **RIWAYAT PENGGUNAAN KONTRASEPSI (Isi kolom isian)** | | | |
| 54 | Alat kontrasepsi apa saja yang pernah ibu gunakan sebelumnya? | 1……… | 2……… | 3……… |