

Perbedaan Tingkat Kecemasan Antara Pria dan Wanita Akseptor Kontrasepsi Mantap Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

***(The Anxiety Level Differences Among Male and Female
Sterilization Acceptors at RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta)***

Trismiati

Fakultas Psikologi Universitas Bina Darma Palembang

Abstract

This research aimed to find out the anxiety level differences between male and female that caused by the usage of sterilization. The acceptors' anxiety level was assessed by Anxiety Scale adapted from Janet Taylor's Trait Manifest Anxiety Scale (TMAS). The subjects of this research were vasectomy acceptors (male) and tubectomy acceptors (female) at RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. The subjects were grouped according to the sex, the length of contraception usage (less than 1 year, 1 up to 2 years, and more than 2 years), as well as between the acceptors who had got and had not got the sterilization counseling. The data analysis employed ANOVA (3-Ways). The result showed that (1) there was significant different of anxiety level between female and male sterilization acceptors, in which the female felt more anxiety than the male; (2) there were no different of anxiety level between the acceptors who had got and had not got the sterilization counseling, (3) there were no different of anxiety level according to the length of contraception usage, less than 1 year, 1 up to 2 years, and more than 2 years; (4) there was no interaction between sex and counseling, nevertheless there was significant different of anxiety level between female group who had not got the counseling and the male group who had got the counseling, in which the female who had not got the counseling felt more anxiety than the male; (5) there was no interaction between sex and the length of contraception usage, however there was significant different of anxiety level between the female who had used the sterilization contraception 1 up to 2 years and the male who had used the sterilization contraception more than 2 years, nevertheless the female who had used the sterilization contraception 1 up to 2 years felt more anxiety that the male who had used the sterilization contraception more than 2 years; (6) there was no interaction between sterilization contraception counseling and the length of the sterilization contraception usage; (7) there was no interaction among sex, contraception

counseling, and the length of the sterilization contraception usage; nevertheless the female who had got counseling with 1 up to 2 years sterilization contraception usage, felt more anxiety than the male who had not got counseling with more than 2 years sterilization contraception usage; moreover, the female who had not got counseling with less than 1 year contraception usage, felt more anxiety than the male who had got counseling with more than 2 years sterilization contraception usage; in addition, the female who had not got counseling with less than 1 year contraception usage, felt more anxiety than the male who had not got counseling with more than 2 years sterilization contraception usage

Keywords: anxiety, sterilization (definitive contraception)

Pendahuluan

Program Keluarga Berencana (KB) diadakan dengan tujuan mewujudkan keluarga yang bahagia dan sejahtera. Untuk mewujudkan tujuan tersebut, telah banyak dikenal alat-alat kontrasepsi, baik alat KB yang tidak permanen maupun metode permanen yang disebut kontrasepsi mantap. Kontrasepsi mantap dengan kemungkinan kegagalan mendekati nol memang sangat efektif untuk pembatasan kelahiran.

Hasil penelitian Rachman dkk (1988) menunjukkan seringkali akseptor KB dari metode tidak permanen beralih ke metode permanen (tubektomi) karena sudah seringkali mengalami kegagalan alat kontrasepsi. Dengan demikian, dapat diketahui bahwa akseptor tidak secara sukarela mengikuti kontrasepsi mantap tetapi dipaksa oleh keadaan. Apabila dikaitkan dengan kecemasan, ketika seseorang mengalami hambatan dalam keinginannya, dalam hal ini penggunaan alat kontrasepsi, maka akan timbul perasaan-perasaan tertekan yang muncul dalam kesadaran. Menurut Lefrancois (1980), hal inilah yang menyebabkan terjadinya kecemasan.

Lebih lanjut, tulisan Wirouw dalam Majalah Ilmiah Mantap (1987, hlm. 108-111) menyebutkan keluhan-keluhan setelah menjalani kontrasepsi mantap. Keluhan-keluhan ini berupa perasaan lelah, cepat capek dan mudah mengantuk, depresi dan nyeri pada waktu haid pada mereka yang ingin punya anak lagi. Penelitian Tukiran (1987) menyebutkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan oleh Pusat Penelitian Kependudukan UGM dan Rumah Sakit Bethesda menunjukkan bahwa sebagian dari akseptor yang diteliti (10-16 persen) tidak mau menceritakan kepada orang lain operasi yang dijalannya karena malu dan takut dicela oleh masyarakat. Perasaan malu dan takut dicela

ini menurut Binder dan Kielholtz (dalam Lindadanti, 1983) merupakan bentuk kecemasan sosial.

Kontrasepsi Mantap dalam pandangan agama masih merupakan hal yang diperdebatkan. Lathief (1967) menyatakan bahwa mayoritas ulama Islam dari ke-empat mazhab berpendapat jika usaha menghindari kehamilan dengan '*azl* (*coitus interuptus*) diperbolehkan dalam syari'at Islam, maka usaha lain yang serupa sifatnya dengan '*azl*, dalam arti berikhtiar menghindari kehamilan dapat disamakan hukumnya dengan qiyas/analogi dengan '*azl* tersebut.

Keputusan Musyawarah Nasional Ulama tentang Kependudukan, Kesehatan, dan Pembangunan tanggal 17–20 Oktober 1983, yang diselenggarakan atas kerjasama Majelis Ulama Indonesia, Departemen Agama RI dan BKKBN, menghasilkan ketetapan:

Melakukan vasektomi (usaha mengikat/memotong saluran benih pria, sehingga pria itu tidak dapat menghamilkan) dan tubektomi (usaha mengikat dan memotong kedua saluran telur, sehingga wanita itu tidak dapat hamil lagi) bertentangan dengan hukum Islam (haram), kecuali dalam keadaan sangat terpaksa (darurat) untuk menghindarkan penurunan penyakit dari ibu/bapak terhadap anak keturunannya yang bakal lahir, atau terancamnya jiwa ibu bila ia mengandung atau melahirkan lagi.

Pandangan agama Kristen Protestan tentang kontrasepsi mantap antara lain dapat diketahui dari tulisan pendeta Latuihamallo. Menurut Latuihamallo (1967) teknik yang dipergunakan dalam kontrasepsi tidak boleh mengakibatkan pembunuhan embrio atau menjadikan pria atau wanita mandul secara permanen.

Pandangan agama Katolik tentang kontrasepsi, seperti disebutkan dalam Soekoto (1967) bahwa *coitus interuptus* dan penggunaan kontrasepsi adalah hubungan seksual yang disertai usaha mencegah kehamilan. Gereja Katolik menolak kedua hal ini secara mutlak. Menurut ajaran Katolik, hubungan seksual suami-isteri bukan hanya perbuatan yang manusiawi, melainkan juga perbuatan yang suci, artinya erat berhubungan dengan kerja Tuhan sendiri.

Keluarga berencana dicanangkan tentu saja dengan maksud untuk mensejahterakan keluarga. Kesejahteraan keluarga hanya mungkin dicapai jika *psychological well-being* akseptor terjamin, yang akhirnya berimplikasi pada kesejahteraan masyarakat.

Namun demikian, kenyataan menunjukkan keadaan yang tidak mendukung maksud yang diharapkan. Metode kontrasepsi mantap masih belum menjadi metode resmi dalam KB. Mengingat pandangan agama, terutama Islam dan Katolik masih menolak kontrasepsi ini. Ditambah lagi,

seperti yang disebutkan oleh Sampoerno (1978) bahwa salah satu syarat kontrasepsi yang baik yaitu dapat diterima masyarakat luas, tidak terpenuhi oleh kontrasepsi mantap (dalam Tukiran, 1987). Selain itu, hingga saat ini *reversible sterilization* yang disyaratkan agama Islam hanya dapat dilakukan di rumah sakit-rumah sakit tertentu dengan persyaratan yang rumit dan biaya yang masih sangat mahal (wawancara dengan Ronodikoro, 28 Desember 1999).

Tinjauan Pustaka

Kecemasan

Kecemasan atau dalam Bahasa Inggrisnya "*anxiety*" berasal dari Bahasa Latin "*angustus*" yang berarti kaku, dan "*ango, anci*" yang berarti mencekik.

Konsep kecemasan memegang peranan yang sangat mendasar dalam teori-teori tentang stres dan penyesuaian diri (Lazarus, 1961). Menurut Post (1978), kecemasan adalah kondisi emosional yang tidak menyenangkan, yang ditandai oleh perasaan-perasaan subjektif seperti ketegangan, ketakutan, kekhawatiran dan juga ditandai dengan aktifnya sistem syaraf pusat. Freud (dalam Arndt, 1974) menggambarkan dan mendefinisikan kecemasan sebagai suatu perasaan yang tidak menyenangkan, yang diikuti oleh reaksi fisiologis tertentu seperti perubahan detak jantung dan pernafasan. Menurut Freud, kecemasan melibatkan persepsi tentang perasaan yang tidak menyenangkan dan reaksi fisiologis, dengan kata lain kecemasan adalah reaksi atas situasi yang dianggap berbahaya.

Lefrancois (1980) juga menyatakan bahwa kecemasan merupakan reaksi emosi yang tidak menyenangkan, yang ditandai dengan ketakutan. Hanya saja, menurut Lefrancois, pada kecemasan bahaya bersifat kabur, misalnya ada ancaman, adanya hambatan terhadap keinginan pribadi, adanya perasaan-perasaan tertekan yang muncul dalam kesadaran. Tidak jauh berbeda dengan pendapat Lefrancois adalah pendapat Johnston yang dikemukakan oleh (1971) yang menyatakan bahwa kecemasan dapat terjadi karena kekecewaan, ketidakpuasan, perasaan tidak aman atau adanya permusuhan dengan orang lain. Kartono (1981) juga mengungkapkan bahwa *neurosa* kecemasan ialah kondisi psikis dalam ketakutan dan kecemasan yang kronis, sungguhpun tidak ada rangsangan yang spesifik. Menurut Wignyosoebroto (1981), ada perbedaan mendasar antara kecemasan dan ketakutan. Pada ketakutan, apa yang menjadi sumber penyebabnya selalu dapat ditunjuk secara nyata, sedangkan pada kecemasan sumber penyebabnya tidak dapat ditunjuk dengan tegas, jelas dan tepat.

Selanjutnya, Jersild (1963) menyatakan bahwa ada dua tingkatan kecemasan. Pertama, kecemasan normal, yaitu pada saat individu masih menyadari konflik-konflik dalam diri yang menyebabkan cemas. Kedua, kecemasan neurotik, ketika individu tidak menyadari adanya konflik dan tidak mengetahui penyebab cemas, kecemasan kemudian dapat menjadi bentuk pertahanan diri.

Menurut Bucklew (1980), para ahli membagi bentuk kecemasan itu dalam dua tingkat, yaitu:

- 1) Tingkat psikologis. Kecemasan yang berwujud sebagai gejala-gejala kejiwaan, seperti tegang, bingung, khawatir, sukar berkonsentrasi, perasaan tidak menentu dan sebagainya.
- 2) Tingkat fisiologis. Kecemasan yang sudah mempengaruhi atau terwujud pada gejala-gejala fisik, terutama pada fungsi sistem syaraf, misalnya tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar, gemetar, perut mual, dan sebagainya.

Simtom-simtom somatis yang dapat menunjukkan ciri-ciri kecemasan menurut Stern (1964) adalah muntah-muntah, diare, denyut jantung yang bertambah keras, seringkali buang air, nafas sesak disertai tremor pada otot. Kartono (1981) menyebutkan bahwa kecemasan ditandai dengan emosi yang tidak stabil, sangat mudah tersinggung dan marah, sering dalam keadaan *excited* atau gempar gelisah.

Sue, dkk (dalam Kartikasari, 1995) menyebutkan bahwa manifestasi kecemasan terwujud dalam empat hal berikut ini.

- 1) Manifestasi kognitif, yang terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.
- 2) Perilaku motorik, kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.
- 3) Perubahan somatik, muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain. Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, respirasi, ketegangan otot dan tekanan darah.
- 4) Afektif, diwujudkan dalam perasaan gelisah, dan perasaan tegang yang berlebihan.

Selanjutnya, berkaitan dengan sebab-sebab kecemasan, Freud (dalam Arndt, 1974) mengemukakan bahwa lemahnya *ego* akan menyebabkan ancaman yang memicu munculnya kecemasan. Freud berpendapat bahwa sumber ancaman terhadap *ego* tersebut berasal dari dorongan yang bersifat insting dari *id* dan tuntutan-tuntutan dari *superego*. Freud (dalam Hall dan Lindzay, 1995) menyatakan bahwa *ego* disebut sebagai eksekutif kepribadian, karena *ego* mengontrol pintu-pintu ke arah tindakan, memilih segi-segi lingkungan kemana ia akan memberikan respon, dan memutuskan insting-

insting manakah yang akan dipuaskan dan bagaimana caranya. Dalam melaksanakan fungsi-fungsi eksekutif ini, *ego* harus berusaha mengintegrasikan tuntutan *id*, *superego*, dan dunia luar yang sering bertentangan. Hal ini sering menimbulkan tegangan berat pada *ego* dan menyebabkan timbulnya kecemasan.

Menurut Horney (dalam Arndt, 1974), sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan tersebut bersifat lebih umum. Penyebab kecemasan menurut Horney, dapat berasal dari berbagai kejadian di dalam kehidupan atau dapat terletak di dalam diri seseorang.

Suatu kekaburan atau ketidakjelasan, ketakutan akan dipisahkan dari sumber-sumber pemenuhan kekuasaan dan kesamaan dengan orang lain adalah penyebab terjadinya kecemasan dalam konsep kecemasan Angyal (Arndt, 1974).

Menurut Murray (dalam Arndt 1974) sumber-sumber kecemasan adalah *need-need* untuk menghindari dari terluka (*harmavoidance*), menghindari teracuni (*infavoidance*), menghindari dari disalahkan (*blamavoidance*) dan bermacam sumber-sumber lain. Disamping ketiga *need* tersebut, Murray (dalam Arndt, 1974) juga menyebutkan bahwa kecemasan dapat merupakan reaksi emosional pada berbagai kekhawatiran, seperti kekhawatiran pada masalah sekolah, masalah finansial, kehilangan objek yang dicintai dan sebagainya.

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, Myers (1983) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibanding perempuan (Power dalam Myers, 1983).

James (dalam Smith, 1968) mengatakan bahwa perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan daripada laki-laki. Perempuan juga lebih cemas, kurang sabar, dan mudah mengeluarkan air mata (Cattel, dalam Smith, 1968). Lebih jauh lagi, dalam berbagai studi kecemasan secara umum, menyatakan bahwa perempuan lebih cemas daripada laki-laki (Maccoby dan Jacklin, 1974).

Morris (dalam Leary, 1983) menyatakan bahwa perempuan memiliki skor yang lebih tinggi pada pengukuran ketakutan dalam situasi sosial dibanding laki-laki.

Kontrasepsi

Kontrasepsi dapat didefinisikan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mencegah terjadinya konsepsi atau pembuahan, dengan kata lain kontrasepsi dilakukan untuk pencegahan kehamilan atau penjarangan kehamilan. (Burns, 1997).

Dewasa ini dikenal beberapa metode kontrasepsi. Burns dkk (1997) menyebutkan ada lima macam metode KB, yaitu:

- 1) metode perintang; yang bekerja dengan cara menghalangi sperma dari pertemuan dengan sel telur (merintang pembuahan);
- 2) metode hormonal; yang mencegah indung telur mengeluarkan sel-sel telur, mempersulit pembuahan dan menjaga agar dinding-dinding rahim tidak mendukung terjadinya kehamilan yang tidak dikehendaki;
- 3) metode yang melibatkan alat-alat yang dimasukkan ke dalam rahim (IUD); gunanya untuk mencegah pembuahan sel telur oleh sperma;
- 4) metode alamiah; yang membantu untuk mengetahui kapan masa subur seorang wanita, sehingga pasangan dapat menghindari hubungan seks pada masa itu; dan
- 5) metode permanen; atau metode yang menjadikan seseorang atau pasangannya tidak dapat lagi memiliki anak untuk selamanya lewat suatu operasi.

Dari jenis metode kontrasepsi yang dikemukakan di atas, kontrasepsi permanen atau kontrasepsi mantap merupakan salah satu metode yang mendapat tanggapan dari berbagai ahli.

Ancok (1995) mengemukakan bahwa kontrasepsi mantap adalah cara pembatasan kelahiran yang dilakukan melalui pembedahan (*surgical contraception*). Burns dkk (1997) juga mengemukakan bahwa kontrasepsi mantap atau yang disebut juga sterilisasi adalah operasi pada tubuh perempuan atau laki-laki agar steril atau tidak mampu lagi "memproduksi" anak. Katchadourian (1989) menyatakan bahwa sterilisasi menyebabkan ketidaksuburan permanen (tetapi kadang dapat dikembalikan) melalui operasi. Sterilisasi ini merupakan metode kontrasepsi yang paling efektif baik untuk wanita maupun pria dan pada saat ini menjadi metode yang paling banyak digunakan dalam keluarga berencana diantara pasangan-pasangan menkah di Amerika Serikat (Hatcher et.al, dalam Katchadourian, 1989). Masters et.al (1992) menyebutkan bahwa sterilisasi adalah proses pembedahan pada pria (vasektomi) atau wanita (tubektomi) untuk mencegah bertemunya sperma dan sel telur.

Manisoff (1972) menyebutkan pembedahan untuk mensterilkan wanita dapat dilakukan melalui vagina yang disebut *culdoscopy* atau melalui irisan kecil di daerah abdominal (*laparoscopy*). Tatum (dalam Katchadourian, 1989) menyatakan bahwa pembedahan untuk mensterilkan seorang wanita yang paling dikenal adalah *tubal ligation* (pengikatan saluran tuba). Saat ini telah dikenal lebih dari seratus cara yang efektif dan mudah untuk memotong, menutup atau mengikat saluran tuba. Cara yang terkenal saat ini adalah pembedahan dengan pemberian anestesi lokal pada pasien, sehingga memungkinkan untuk mendekati *tuba falopi* melalui sayatan kecil di vagina

(*culdoscopy*) atau melalui daerah *abdominal* (terkadang pada pusar). Dan sterilisasi juga dapat dilakukan dengan bantuan *laparoscope*, yaitu pipa yang berisi sistem optik sehingga memungkinkan seorang petugas kesehatan untuk melihat sisi dalam rongga *abdominal* (dalam Katchadourian, 1989).

Mengenai vasektomi, Ross et.al (1985) menyebutkan tiga cara vasektomi, yaitu:

- 1) *ligation*, merupakan teknik yang paling banyak digunakan, dengan cara pengikatan ujung tiap *vas deferens* secara langsung,
- 2) *coagulation* (pembekuan) saluran vas dengan jarum elektroda atau suatu alat, dan
- 3) *tantalum clips* untuk menghalangi saluran sperma.

Selanjutnya, Burns et.al (1997) menyebutkan bahwa tubektomi agak lebih sulit dibandingkan vasektomi, walaupun demikian masih sangat aman untuk siapa saja dan hanya dibutuhkan waktu sekitar 30 menit untuk melakukannya.

Tentu saja, kontrasepsi mantap, baik vasektomi maupun tubektomi, memiliki dampak terhadap kesehatan. Pendapat tentang dampak vasektomi terhadap kesehatan dikemukakan oleh beberapa ahli.

Hasil penelitian Shahanani dan Hattikudur (dalam Katchadourian, 1989) menyebutkan bahwa tidak ada efek samping serius dari vasektomi. Munculnya ketidaknyamanan setelah operasi dilakukan sangat minimal, dan hanya berlangsung beberapa hari dengan risiko komplikasi yang kecil.

Sebuah penelitian yang dilakukan pada tahun 1970 pada monyet-monyet yang di vasektomi, menunjukkan bahwa vasektomi menyebabkan mengerasnya pembuluh darah arteri pada tahun-tahun berikutnya setelah operasi dilakukan (Clarkson dan Alexander, dalam Masters et.al., 1992). Beberapa penelitian yang dilakukan kemudian menunjukkan bukti bahwa vasektomi tidak menyebabkan masalah kesehatan jangka panjang pada manusia. Hal ini dinyatakan oleh Hussey (dalam Katchadourian, 1989). Ross et.al (1985) juga menyebutkan bahwa keluhan-keluhan yang umum setelah operasi adalah menggelembungnya jaringan scrotal, bengkak dan rasa sakit. Selain itu, Ross et.al (1985) juga menyebutkan kemungkinan komplikasi yang mengiringi operasi vasektomi, adalah *hematoma* yaitu berkumpulnya darah di bawah kulit, epididymitis ditunjukkan oleh adanya pembengkakan dan melunaknya *epididymis*, dan *sperm granulomas* berupa gumpalan kecil berisi sperma yang terhambat.

Penelitian-penelitian yang dilakukan kemudian menunjukkan tidak ada efek yang merugikan pada vasektomi. Secara khusus, tidak ada peningkatan kemungkinan terjadinya penyakit jantung, hipertensi, ataupun tanda-tanda adanya atherosclerosis (Goldacre et.al, Massey et.al, Walker et.al, dalam Ross et.al, 1985).

Selanjutnya, berkaitan dengan dampak tubektomi terhadap kesehatan dikemukakan beberapa ahli. Hatcher et.al (dalam Katchadourian, 1989), misalnya, menyatakan bahwa ada beberapa risiko komplikasi pada operasi sterilisasi wanita, seperti setiap operasi pada umumnya. Singarimbun dkk (1982) menyimpulkan berdasarkan hasil penelitiannya bahwa sebagian besar pasien sterilisasi wanita tidak mengalami efek yang negatif untuk jangka waktu lama setelah operasi.

Sementara itu, Ross et.al (1985) mengungkapkan beberapa faktor yang berpengaruh pada kemungkinan terjadinya komplikasi yaitu amannya proses pembedahan, waktu pembedahan dan metode yang dipilih. Disamping itu, Ross et.al (1985) juga menyatakan bahwa komplikasi dipengaruhi oleh pengalaman dan keahlian petugas yang melakukan pembedahan.

Konseling Kontrasepsi Mantap

Sadli dkk (1986) menyebutkan bahwa definisi umum konseling adalah suatu bentuk wawancara untuk menolong (membantu) orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya (keinginannya, sikapnya, kekhawatiran, dan sebagainya) dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya.

Sadli dkk (1986) menyatakan bahwa pelayanan konseling kontrasepsi mantap harus diberikan kepada setiap calon akseptor maupun setelah seseorang menjadi akseptor. Konseling kontrasepsi mantap juga harus dilakukan pada saat menjalani tindakan pembedahan.

Berdasarkan teori di atas, maka *hipotesis* yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut ini.

- 1) Ada perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara pria dan wanita yang menjadi akseptor kontrasepsi mantap, dengan wanita akseptor kontrasepsi mantap lebih tinggi tingkat keemasannya daripada pria akseptor kontrasepsi mantap.
- 2) Ada perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara akseptor kontrasepsi mantap yang menerima konseling kontrasepsi mantap dan yang tidak, dengan akseptor yang tidak menerima konselling lebih tinggi tingkat keemasannya.
- 3) Ada perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara akseptor kontrasepsi mantap dengan lama pemakaian kurang dari 1 tahun, antara 1-2 tahun, dan lebih dari 2 tahun.

Metode Penelitian

Variabel-Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini meliputi variabel tergantung (*independent variable*), yaitu: tingkat kecemasan. Selanjutnya, variabel bebas (*dependent variable*), adalah kelompok yang dibandingkan, yang terdiri dari:

- 1) akseptor kontrasepsi mantap pria dan wanita,
- 2) akseptor kontrasepsi mantap yang menerima dan yang tidak menerima konseling kontrasepsi mantap,
- 3) akseptor kontrasepsi mantap dengan lama pemakaian kurang dari 1 tahun, antara 1-2 tahun, dan lebih dari 2 tahun.

Subjek

Subjek penelitian diambil berdasarkan kriteria, akseptor vasektomi dan tubektomi di RSUP Dr.Sardjito, dengan usia maupun pendidikan tidak dibatasi. Berdasarkan jenis kelamin diperoleh masing-masing 34 buah data yang dapat dianalisis.

Alat Ukur

Dalam penelitian ini digunakan satu skala kecemasan yang dimodifikasi dari skala *kecemasan Trait Manifest Anxiety Scale (TMAS)* dari Janet Taylor. Tingkat kecemasan akan diketahui dari tinggi rendahnya skor yang didapatkan. Makin besar skor maka tingkat kecemasan makin tinggi, dan makin kecil skor maka tingkat kecemasan makin rendah. Data mengenai usia, pendidikan, konseling kontrasepsi mantap, diperoleh melalui lembar identitas dan wawancara saat mengajukan skala.

Sebelum digunakan untuk mengambil data penelitian skala kecemasan diujicobakan terlebih dulu. Berdasarkan uji coba, diperoleh hasil kesahihan skala kecemasan untuk akseptor tubektomi didapatkan 27 aitem gugur dan 33 sah, dengan korelasi masing-masing skor aitem dengan skor total (r_{bt}) yang bergerak dari 0,289 hingga 0,712. Ujicoba pada skala akseptor vasektomi didapatkan 14 aitem gugur dan 46 aitem sah, dengan korelasi masing-masing skor aitem dengan skor total (r_{bt}) bergerak dari 0,242 hingga 0,763. Indeks reliabilitas (r_{tt}) skala kecemasan untuk akseptor tubektomi sebesar 0,920 sedangkan untuk skala akseptor vasektomi sebesar 0,931.

Metode Analisis Data

Teknik statistik yang digunakan dalam menganalisis data yang diarahkan untuk menguji ketiga hipotesis penelitian adalah teknik analisis uji-t dan analisis variansi 3 jalur.

Hasil

Hipotesis pertama yang diuji menggunakan Anava Antar A menunjukkan ada perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara wanita akseptor kontrasepsi mantap dan pria akseptor kontrasepsi mantap dengan F Antar-A = 5,328 dan $p = 0,023$. Mean wanita (A1) 99,792 lebih besar dari mean pria (A2) 92,676 berarti wanita lebih tinggi tingkat kecemasannya daripada pria.

Hipotesis kedua diuji dengan menggunakan Anava Antar-B, menunjukkan tidak ada perbedaan tingkat kecemasan antara akseptor kontrasepsi mantap yang menerima konseling kontrasepsi mantap dan yang tidak, dengan F antar B = 0,646 dan harga $p = 0,646$.

Hipotesis ketiga diuji dengan Anava Antar-C dengan hasil F Antar-C = 1,346 dan harga $p = 0,268$ berarti tidak ada perbedaan tingkat kecemasan antara lama pemakaian, kurang dari 1 tahun, antara 1-2 tahun, dan lebih dari 2 tahun.

Pembahasan

Hasil uji hipotesis pertama penelitian ini yang menunjukkan adanya perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara pria dan wanita yang menjadi akseptor kontrasepsi mantap, dengan wanita akseptor kontrasepsi mantap lebih tinggi tingkat kecemasannya daripada pria akseptor kontrasepsi mantap. Hasil ini mendukung beberapa penelitian dari para ahli yang menyatakan bahwa wanita secara umum lebih pencemas daripada pria (Maccoby dan Jacklin, 1974). Demikian pula dengan hasil penelitian (dalam Leary, 1983) yang menyatakan bahwa wanita memiliki skor yang lebih tinggi pada pengukuran ketakutan dalam situasi sosial dibanding pria, serta penelitian Myers (1983), Power (dalam Myers, 1983), penelitian James dan Cattell (dalam Smith, 1968) yang menunjukkan bahwa secara umum wanita lebih tinggi tingkat kecemasannya dibandingkan pria.

Hal di atas jika dikaitkan dengan kontrasepsi mantap, seperti yang diungkapkan oleh hasil penelitian Rachman dkk (1998) bahwa banyak akseptor setelah berkali-kali mengalami kegagalan program KB, mendorong mereka melakukan tubektomi. Dengan demikian, ada kemungkinan akseptor kontrasepsi mantap wanita (tubektomi) memilih kontrasepsi mantap bukan secara sukarela, namun karena keadaan yang memaksa, apalagi jika dikaitkan dengan efek samping alat kontrasepsi.

Hasil uji hipotesis kedua penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan tingkat kecemasan antara akseptor kontrasepsi mantap yang menerima konseling kontrasepsi mantap dan yang tidak. Hasil ini menimbulkan pertanyaan tentang keefektifan konseling kontrasepsi mantap dan apakah

prosedur konseling telah dilaksanakan dengan benar. Jika konseling telah dilakukan dengan benar, maka secara rasional akseptor yang menerima konseling akan lebih rendah tingkat kecemasannya.

Sadli dkk (1986) menyatakan bahwa pelayanan konseling kontrasepsi mantap harus diberikan kepada setiap calon akseptor maupun setelah seseorang menjadi akseptor. Sistem Pelayanan Konseling Kontrasepsi Mantap (PKMI, 1987) juga menyebutkan bahwa tujuan khusus konseling kontrasepsi mantap mencakup tiga hal, yaitu sebelum, menjelang, dan sesudah tindakan pembedahan. Berdasarkan *inquiry* terhadap subjek yang menjawab menerima konseling, konseling yang mereka terima hanya pada sebelum operasi. Subjek yang kontrol kembali ke klinik biasanya karena ada masalah berkaitan dengan mediknya. Konseling itu pun tidak mengikutsertakan anggota keluarga lain seperti orang tua dan mertua, yang diminta hanyalah persetujuan pasangan. Dengan demikian jika dikaitkan dengan tujuan khusus dan sasaran konseling kontrasepsi mantap, hal ini tidak sesuai dengan standar baku prosedur konseling kontrasepsi mantap. Calon akseptor juga tidak diberi kesempatan untuk mengetahui semua faktor pro dan kontra tentang kontrasepsi mantap, yang menurut Sadli (1986) harus diungkapkan terlebih dulu kepada calon akseptor.

Jika diperhatikan dari hasil analisis, ternyata wanita yang menerima konseling lebih rendah tingkat kecemasannya daripada wanita yang tidak menerima konseling. Pria yang menerima konseling juga lebih rendah tingkat kecemasannya daripada pria yang tidak menerima konseling. Perbedaan ini tidak signifikan, namun bagaimanapun juga dapat berarti konseling menurunkan tingkat kecemasan.

Hasil uji terhadap hipotesis ketiga penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan tingkat kecemasan antara lama pemakaian, kurang dari 1 tahun, antara 1-2 tahun, dan lebih dari 2 tahun. Hasil ini menunjukkan lama pemakaian tidak berpengaruh pada tingkat kecemasan. Akseptor baru tidak berarti akan lebih cemas daripada akseptor lama. Dengan demikian lama pemakaian yang berpengaruh pada cemas atau tidaknya akseptor adalah kemantapannya secara psikologis dalam memilih kontrasepsi mantap.

Jika dicermati kemantapan ini berdasarkan kepentingan praktis, yaitu kebutuhan ekonomi, karena ditinjau melalui faktor agama sebagian besar subjek tidak mengetahui pandangan agamanya terhadap kontrasepsi mantap. Jika dikaitkan dengan teori Psikologi Medan yang dikemukakan Kurt Lewin, jika kontrasepsi mantap dinilai positif maka seseorang akan menjadi akseptor namun jika dinilai negatif maka seseorang akan menolaknya. Jika tidak jelas bernilai positif atau negatif akan menyebabkan keragu-raguan. Terdapat cukup banyak subjek yang memang memilih kontrasepsi mantap secara sukarela. Kontrasepsi mantap dianggap bernilai positif karena dilihat dari sisi ekonomi akan meringankan beban biaya hidup jika tidak mempunyai anak lagi.

Bertitik-tolak dari hasil penelitian, sebagaimana yang telah dikemukakan di atas, ada tiga kesimpulan yang dapat ditarik yaitu:

- 1) ada perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara pria dan wanita akseptor kontrasepsi mantap, dengan wanita lebih cemas daripada pria,
- 2) tidak ada perbedaan tingkat kecemasan antara akseptor yang menerima konseling kontrasepsi mantap dan yang tidak menerima konseling kontrasepsi mantap, dan
- 3) tidak ada perbedaan tingkat kecemasan antara akseptor kontrasepsi mantap berdasarkan lama pemakaian.

Daftar Pustaka

- Ancok, D. 1995. *Psikologi Pembangunan*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
- Arndt, W. Jr. 1974. *Theories of Personality*. New York. MacMillan Publishing Co., Inc.
- Bucklew, J. 1980. *Paradigma for Psychopatology. A Contribution to Case History Analysis*. New York.; J.B. Lippenscott Company.
- Burns, A. Lovich, R. Maxwell, J. dan Shapiro, Ke. 1997. *Where women Have No Doctor: A Health Guide for Women. Berkeley, California. The Hesperian Foundation*. Penyunting bahasa Indonesia; Marcoes, L. Wandita, G. Prasetyo, E. 1999. *Bila Perempuan Tidak Ada Dokter*. INSIST Press bekerjasama dengan Ford Foundation dan JKPIIT.
- Hall, C. S. dan Lindzey, G. 1995. *Teori-teori Psikodinamik (Klinis)*. Cet. Ke-3. Penerjemah; Yustinus. Editor: Supraktiknya. Yogyakarta; penerbit Kanisius.
- Jersild, A. T. 1965. *The Psychology of Adolescence*. New York: The MacMillan Company.
- Kartikasari, B. D. 1995. Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kecemasan dalam Komunikasi Interpersonal. *Skripsi*. (Tidak Diterbitkan). Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Kartono, K. 1981. *Gangguan-gangguan Psikis*. Bandung. Penerbit Sinar Baru.

Vol. 1 No. 1, Juli 2004

- Katchadourian, H. A. 1989. *Fundamentals of Human Sexuality*. 5th edition. Orlando. Holt, Rinehart, and Winston Inc.
- Latuihamallo. 1967. Masalah Perencanaan Keluarga di Indonesia. *Makalah*. Dalam Naskah Kongres Ke-I Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia. Jakarta 22-26 Februari 1967.
- Leary, M. R. 1982. *Understanding Social Anxiety; Social personality and Clinical Perspective*. California. Sage Publication Inc.
- Lindadanti, I. 1983. Perbedaan Taraf Kecemasan antara Akseptor KB yang Menggunakan Pil dan yang Menggunakan IUD di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. *Skripsi*. (Tidak Diterbitkan). Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Maccoby, E. M. dan Jacklin, C. N. 1974. *The psychology of Sex Differences*. California. Stanford University Press.
- Manisoff, M. R. N. 1972. *A Teaching Guide for Nurses*. 3rd edition. New Yoek. Planned Parenthood World Population.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., and Kolodny, J. E. 1992. *Human Sexuality*. 4th edition. New York. Harper Collins Publisher.
- Myers, E. G. 1983. *Social Psychology*. Tokyo. McGraw Hill.
- PKMI. 1987. *Sistem Pelayanan Konseling Kontrasepsi Mantap*. Jakarta. Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI).
- Rachman, A. 1998. *Gelas Kaca dan Kayu Bakar*. Yogyakarta. Kerjasama Pustaka Pelajar, Yayasan Lembaga Konsumen Sulawesi Selatan, dan The Ford Foundation.
- Ross, J. A. Hong, S. and Huber, D. H. 1985. *Voluntary Sterilization; An International Fact Book*. New York. Association for Voluntary Sterilization, Inc.
- Sadli, S. 1986. Komunikasi Kontrasepsi Mantap. Dalam Kumpulan Makalah *Aspek Psikologi dan Sosiologi Kontraspesi Mantap*. F.A. Moeloek (editor). Jakarta. Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI).

- Schima, M. E. and Lubell, I. 1980. *Voluntary Sterilization A Decade of Achievement*. New York. Oxford University Press.
- Stern, P. 1964. *The Abnormal Person and His World*. London. D van Nostrand Co.
- Tukiran. 1987. Kontrasepsi Mantap. *Makalah*. Disampaikan dalam Seminar Kontrasepsi Mantap. Diselenggarakan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dalam rangka Dies Natalis UGM ke-38. Yogyakarta. 5 Oktober 1987.
- Wignyosoebroto, S. 1981. Gejala Sosial Masyarakat Kini yang Tengah Terus Berubah. *Makalah*. Surabaya. Simposium Kecemasan.
- Wirouw, N. N. 1987. Keluhan-keluhan setelah Kontrasepsi Mantap. Dalam *Majalah Ilmiah Mantap*. Jakarta. Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI). Oktober 1987. hlm. 108-111.