BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep IUD *(Intra Uterine Device)*

2.1.1 Pengertian IUD *(Intra Uterine Device)*

IUD (*Intra Uterine Device*) adalah atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang flesibel dipasang dalam rahim. Kontrasepsi yang paling ideal untuk ibu pasca persalinan dan menyusui adalah tidak menekan produksi ASI yakni Alat Kontarsepsi Dalam rahim (AKDR)/*Intra Uterine Device* (IUD), suntikan KB yang 3 bulan, minipil dan kondom (BKKBN, 2014).

Ibu perlu ikut KB setelah persalinan agar ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Kontrasepsi yang dapat digunakan pada pasca persalinan dan paling potensi untuk mencegah *mis opportunity* berKB adalah Alat Kontrasepsi Dalam rahim (AKDR) atau IUD pasca plasenta, yakni pemasangan dalam 10 menit pertama sampai 48 jam setelah plasenta lahir (atau sebelum penjahitan uterus/ rahim pada pasca persalinan dan pasca keguguran di fasilitas kesehatan, dari ANC sampai dengan persalinan terus diberikan penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi. Sehingga ibu yang setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi (BKKBN, 2014).

2.1.2 Jenis IUD

Menurut Suparyanto (2011) IUD terdiri dari IUD hormonal dan non hormonal, dengan penjelasan sebagai berikut:

a. IUD Non-hormonal

Pada saat ini IUD telah memasuki generasi ke-4. Karena itu berpuluh-puluh macam IUD telah dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra dan logam sampai generasi plastik (polietilen) baik yang ditambah obat atau tidak.

1) Menurut bentuknya

a) Bentuk terbuka (Open Device): Misalnya: Lippes Loop, CUT, Cu-7. Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T.

b) Bentuk tertutup (Closed Device): Misalnya: Ota-Ring, Altigon, dan Graten ber-ring.

2) Menurut Tambahan atau Metal

a) Medicated IUD: Misalnya: Cu T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), Cu T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu T 380 A (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun). Pada jenis Medicated IUD angka yang tertera di belakang IUD menunjukkan luasnya kawat halus tembaga yang ditambahkan, misalnya Cu T 220 berarti tembaga adalah 220 mm2. Cara insersi: *Withdrawal*.

b) Unmedicated IUD: Misalnya: Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon. Cara insersi Lippes Loop: Push Out. Lippes Loop dapat dibiarkan *in-utero* untuk selama – lamanya sampai menopause, sepanjang tidak ada keluhan persoalan bagi akseptornya. IUD yang banyak dipakai di Indonesia dewasa ini dari jenis *Un Medicated* yaitu Lippes Loop dan yang dari jenis *Medicated* Cu T, Cu-7, Multiload dan Nova-T.

b. IUD yang mengandung hormonal

1) Progestasert–T = Alza T, dengan daya kerja 18 bulan dan dilakukan dengan teknik insersi: *Plunging (modified withdrawal)*.

a) Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam.

b) Mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65 µg progesteron setiap hari.

c) Tabung insersinya berbentuk lengkung.

2) Mirena

Mirena adalah IUD yang terbuat dari plastik, berukuran kecil, lembut, fleksibel, yang melepaskan sejumlah kecil levonogestrel dalam rahim. Mirena merupakan plastik fleksibel berukuran 32 mm berbentuk T yang diresapi dengan barium sulfat yang membuat mirena dapat terdeteksi dalam pemeriksaan rontgen. Mirena berisi sebuah reservoir silindris, melilit batang vertikal, berisi 52 mg levonorgestrel (LNG). Setelah penempatan dalam rahim, LNG dilepaskan dalam dosis kecil (20g/hari pada awalnya dan menurun menjadi sekitar 10g/hari setelah 5 tahun) melalui membran *polydimethylsiloxane* ke dalam rongga rahim. Pelepasan hormon yang rendah menyebabkan efek sampingnya rendah. Keunggulan dari IUD ini adalah efektivitasnya tinggi, dengan tingkat kesakitan lebih pendek dan lebih ringan. Mirena merupakan sebuah pilihan alternatif yang tepat untuk wanita yang tidak dapat mentoleransi estrogen untuk kontrasepsinya. Mengurangi frekuensi ovulasi (Rosa, 2012). Cara kerja mirena melakukan perubahan pada konsistensi lendir serviks. Lendir serviks menjadi lebih kental sehingga menghambat perjalanan sperma untuk bertemu sel telur.

Menipiskan endometrium, lapisan dinding rahim yang dapat mengurangi kemungkinan implantasi embrio pada endometrium. Setelah mirena dipasang 3 sampai 6 bulan pertama, menstruasi mungkin menjadi tidak teratur. Mirena dapat dilepas dan fertilitas dapat kembali dengan segera (Rosa, 2012).

2.1.3 Indikasi/ Persyaratan Pemakaian KB IUD

Menurut Arum & Sujiyatini (2011) yang dapat menggunakan IUD adalah sebagai berikut:

a. Usia reproduktif
b. Keadaan multipara
c. Menginginkan penggunaan kontrasepsi jangka panjang
d. Menyusui dan menginginkan menggunakan kontrasepsi
e. Tidak menyusui bayinya
f. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
g. Risiko rendah dari IMS
h. Tidak menghendaki metode hormonal
i. Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari

2.1.4 Waktu Pemasangan IUD

IUD pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥4 minggu pasca persalinan. Eskpulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi IUD dalam 10 menit setelah ekspulsi plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uteri, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman. Jika 48 jam pasca persalinan telah lewat, insersi IUD ditunda sampai 4 minggu atau lebih pasca persalinan. IUD 4 minggu pasca persalinan aman dengan menggunakan IUD *copper T*, sedangkan

jenis *non copper* memerlukan penundaan sampai 6 minggu pasca persalinan.

Pelayanan KB pasca persalinan yang dilakukan oleh bidan, mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/Per/IX/2010, Pasal 12 tentang ijin dan penyelenggaraan praktik bidan, dimana dinyatakan bahwa bidan dapat: 1) memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, 2)memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom, dan dalam Pasal 13 dinyatakan bahwa bidan berwenang memberikan pelayanan:1) pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan memberikan alat kontrasepsi bawah kulit. 2) pelayanan tersebut hanya dapat diberikan oleh bidan yang terlatih (Kemenkes RI, 2014).

2.1.5 Pemasangan IUD

Menurut Hartanto (2013), IUD dapat dipasang dalam keadaan berikut:

a. Sewaktu haid sedang berlangsung

Dilakukan pada hari-hari pertama atau pada hari-hari terakhir haid. Keuntungan IUD pada waktu ini antara lain ialah:

1) Pemasangan lebih mudah oleh karena serviks pada waktu itu agak terbuka dan lembek;
2) Rasa nyeri tidak seberapa keras;
3) Perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan;
4) Kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada

Kerugian IUD pada waktu haid sedang berlangsung antara lain:

1) Infeksi dan ekspulsi lebih tinggi bila pemasangan dilakukan saat haid;
2) Dilatasi canalis cervikal adalah sama pada saat haid maupun pada saat mid – siklus.

b. Sewaktu pasca salin

Bila pemasangan IUD tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin, menurut beberapa sarjana, sebaiknya IUD ditangguhkan sampai 6 - 8 minggu postpartum oleh karena jika pemasangan IUD dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar.

c. Sewaktu post abortum

Sebaiknya IUD dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologi dan psikologi waktu itu adalah paling ideal. Tetapi, *septic abortion* merupakan kontraindikasi.

d. Beberapa hari setelah haid terakhir

Dalam hal yang terakhir ini wanita yang bersangkutan dilarang untuk bersenggama sebelum IUD dipasang. Sebelum pemasangan IUD dilakukan, sebaiknya diperlihatkan kepada akseptor bentuk IUD yang dipasang, dan bagaimana IUD tersebut terletak dalam uterus setelah terpasang. Dijelaskan bahwa kemungkinan terjadinya efek samping seperti perdarahan, rasa sakit, IUD keluar sendiri.

2.1.6 IUD Pasca *Plasenta*

IUD pasca *plasenta* adalah AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) yang dipasang dalam 10 menit setelah plasenta lahir (pada persalinan normal) sedangkan pada persalinan *caesar*, dipasang pada waktu operasai caesar (Kemenkes RI, 2014). Menurut Saifuddin (2010) IUD pasca *plasenta* dimasukkan ke dalam fundus uteri menggunakan teknik

manual dengan jari atau teknik menggunakan kombinasi ring forceps/klem ovarium dan inserter IUD. IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang sesuai siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD pasca plasenta umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga atau *CuT-380A* yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur. Cara kerja IUD yaitu mencegah sperma dan ovum bertemu dengan mempengaruhi kemampuan sperma sehingga tidak mampu fertilisasi, mempengaruhi implantasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, dan menghalangi implantasi embrio pada endometrium (BKKBN, 2014).

Adapun indikasi pemasangan AKDR pasca plasentaadalah wanita pasca persalinan pervaginam atau pasca persalinan *sectio secarea*dengan usia reproduksi dan paritas berapapun, pasca keguguran (non infeksi), masa menyusui (laktasi), riwayat hamil ektopik,tidak memiliki riwayat keputihan purulen yang mengarah kepada IMS *(gonore, klamidia dan servisitis purulen)* dan kontraindikasi pemasangan IUD pasca plasenta yaitu mengalami perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan hingga ditemukan dan diobati penyebabnya, menderita anemia, menderita kanker atau infeksi traktus genitalis, memiliki kavum uterus yang tidak normal, menderita TBC *pelvic*, kanker serviks dan menderita HIV/AIDS (Kemenkes RI, 2014).

2.1.7 Pemasangan IUD Pasca *Plasenta*

Waktu pemasangan IUD Pasca *Plasenta* menurut Saifuddin (2010) dibedakan menjadi 3, yaitu:

a. Immediate Post Partum Insertion (IPP)

IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah plasenta dilahirkan.

b. Early Post Partum Insertion (EP)

IUD yang dipasang dalam waktu 48 jam setelah plasenta dilahirkan.

c. Interval Insertion (INT)

IUD yang dipasang setelah 6 minggu post partum

2.1.8 Cara Kerja IUD Pasca *Plasenta*

Menurut Pinontoan & Tombokan (2015), cara kerja IUD Pasca *Plasenta* adalah sebagai berikut:

a. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii;
b. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai cavum uteri;
c. Mencegah sperma dan ovum bertemu dengan membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi;
d. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

2.1.9 Mekanisme Kerja IUD Pasca *Plasenta*

Mekanisme kerja IUD Pasca *Plasenta* menurut Imbarwati (2009) adalah IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD pasca *plasenta*, umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur misalnya *Copper T 380A*, *Multiload Copper 375*, dan IUD dengan *levonorgestrel* (Mirena).

2.1.10 Keuntungan IUD Pasca *Plasenta*

Keuntungan IUD Pasca *Plasenta* terbagi menjadi beberapa keuntungan, yaitu:

a. Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan;

b. Mengurangi rasa sakit saat pemasangan karena ostium masih terbuka;
c. Sangat efektif. 0,6 - 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 - 170 kehamilan), dibanding dengan IUD saat menstruasi yang angka kegagalannya 1,4% (Whitaker & Chen, 2018);
d. Resiko terjadi infeksi rendah yaitu dari 0,1-1,1 % (Welkovic *et al.*, 2001);
e. Kejadian perforasi rendah yaitu sekitar 1 kejadian perforasi dari jumlah populasi 1150 sampai 3800 wanita (Welkovic *et al.*, 2001).;
f. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI (Berry-Bibee *et al.*, 2016).
g. Sedikit kasus perdarahan daripada IUD yang dipasang di waktu menstruasi (Welkovic *et al.*, 2001);
h. Tidak menyebabkan endometritis (Welkovic *et al.*, 2001);
i. Mencegah kehamilan ektopik;
j. IUD dapat efektif segera setelah pemasangan;
k. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti);
l. Aman untuk wanita yang positif menderita HIV;
m. Tidak mempengaruhi hubungan seksual;
n. Mengurangi angka ketidakpatuhan pasien;
o. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil;
p. Tidak ada efek samping hormonal dan efek sistemik;
q. Dapat digunakan sampai menapouse (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir);
r. Tidak ada interaksi dengan obat-obat;

s. Kesuburan dapat langsung kembali setelah KB IUD pasca salin dilepas.

2.1.11 Kelemahan IUD Pasca *Plasenta*

Beberapa kelemahan IUD Pasca *Plasenta* menurut para ahli adalah sebagai berikut:

a. Diperlukan pelatihan khusus;
b. Dapat terjadi robekan dinding rahim;
c. Dapat terjadi resiko infeksi dan keputihan;
d. Dapat terjadi kegagalan pemasangan dan ekspulsi;
e. Dapat terjadi nyeri perut setelah beberapa hari pemasangan;
f. Tidak dapat mencegah IMS dan HIV/AIDS.

Penelitian yang dilakukan oleh Kaitheit dan Agarwal (2013) dalam Widiastuti (2016), dimana studi dilakukan secara longitudinal prospektif dan dievaluasi saat pemakaian 6 minggu diperoleh hasil kejadian ekspulsi sebesar 10,5 % dari total ibu yang dipasangkan KB AKDR pasca plasenta dan tidak ditemukan kasus perforasi. Walaupun tingkat ekspulsinya yang cukup tinggi tetapi lebih besar manfaat pemakaian kontrasepsi ini, terlebih lagi ibu yang memiliki akses yang terbatas terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Grimes, *et al.*, (2003) dalam Widiastuti (2016) menyebutkan bahwa pemasangan AKDR segera setelah plasenta lahir aman dan efektif. Keuntungan langsung dari pemasangan yaitu memiliki motivasi yang tinggi, jaminan bahwa wanita tidak hamil, dan kenyamanan.

Diperkuat oleh penelitian Vanita Suri (2012) dalam Widiastuti (2016) yang menyatakan bahwa penggunaan AKDR segera setelah melahirkan sangat direkomendasikan oleh *WHO*, terutama bagi negara berkembang dimana masih rendahnya kontak antara wanita post partum dengan

petugas kesehatan pada kunjungan ulang periode pertama. Dibandingkan dengan metode steril,penggunaan AKDR segera setelah melahirkan dapat menghindari ketidaknyamanan pada waktu pemasangan dan perdarahan yang terjadi disamarkan oleh lokhea. Selain itu penelitian oleh Divakar, *et al.*, (2013) dalam Widiastuti (2016) menyatakan pemasangan AKDR CUT 380A pada 10 menit setelah plasenta lahir adalah aman, nyaman, efektif biaya serta tingkat ekspulsi akan minimal jika dimasukkan oleh petugas kesehatan yang terlatih. Metode KB AKDR pasca plasenta menjadi salah satu upaya untuk menekan jumlah kelahiran dengan menurunkan *unmet need* dan *missed opportunity* pada ibu pasca persalinan sehingga penggunaan MKJP diharapkan dapat mengurangi angka diskontinuitas serta dapat berkontribusi menekan laju pertumbuhan penduduk Indonesia.

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Pengertian Kecemasan

Cemas dalam bahasa latin "*anxius"* dan dalam bahasa Jerman "*angst*" kemudian menjadi "*anxiety"* yang berarti kecemasan, merupakan suatu kata yang dipergunakan oleh Freud untuk menggambarkan suatu efek negatif dan keterangsangan. Cemas mengandung arti pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi sebaik–baiknya (Hawari, 2014).

Kecemasan (*ansietas/anxiety)* adalah gangguan alam perasaan (*affectiv)* yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas *(Reality Testing Ability)*, kepribadian masih tetap utuh,

perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas – batas normal. Ada segi yang disadari dari kecemasan itu sendiri seperti rasa takut, tidak berdaya, terkejut, rasa berdosa atau terancam, selain itu juga segi–segi yang terjadi di luar kesadaran dan tidak dapat menghindari perasaan yang tidak menyenangkan (Jadman, 2015).

Cemas atau *ansietas* merupakan reaksi emosional yang timbul oleh penyebab yang tidak spesifik yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam. Keadaan emosi ini biasanya merupakan pengalaman individu yang subyektif yang tidak diketahui secara khusus penyebabnya. Cemas berbeda dengan takut, seseorang yang mengalami kecemasan tidak dapat mengidentifikasikan ancaman. Cemas dapat terjadi tanpa rasa takut namun ketakutan tidak terjadi tanpa kecemasan (Kaplan & Sadock, 2015).

2.2.2 Teori Predisposisi dan Presipitasi Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (2015), terdapat beberapa teori yang mengemukakan faktor pendukung terjadinya kecemasan, yaitu :

a. Teori Psikoanalitik

   Menurut pandangan *psikoanalitic*, kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen kepribadian yaitu *id, ego* dan *super ego*. *Id* mewakili insting, *super ego* mewakili hati nurani, sedangkan *ego* mewakili konflik yang terjadi antara kedua elemen yang bertentangan. Dan timbulnya merupakan upaya dalam memberikan bahaya pada elemen *ego.*

b. Teori Interpersonal

   Menurut pandangan *interpersonal* kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal.

c. Teori Behaviour

Berdasarkan teori *behaviour* (perilaku), kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

d. Teori Prespektif keluarga

Kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi didalam keluarga kecemasan menunjukkan adanya interaksi yang tidak *adaptif* dalam sistem keluarga.

e. Teori Prespektif Biologis

Kesehatan umum seseorang menurut pandangan *biologis* merupakan faktor *predisposisi* timbulnya kecemasan.

Menurut Stuart & Sundeen (2015) faktor pencetus (*presipitasi*) yang menyebabkan terjadinya kecemasan antara lain:

a. Ancaman terhadap Integritas biologi, seperti:

1) Penyakit

Berbagai penyakit fisik terutama yang kronis yang mengakibatkan invaliditas dapat menyebabkan stres pada diri seseorang, misalnya: penyakit jantung, hati, kanker, stroke dan HIV/AIDS.

2) Trauma fisik

3) Pembedahan

b. Ancaman terhadap Konsep Diri, seperti:

Proses kehilangan, perubahan peran, perubahan lingkungan, perubahan hubungan dan status sosial ekonomi.

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2015), kecemasan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Potensi stresor

Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulanginya.

b. Maturasi (kematangan)

Individu yang matang yaitu yang memiliki kematangan kepribadian sehingga akan lebih sukar mengalami gangguan akibat stres, sebab individu yang matang mempunyai daya adaptasi yang besar terhadap stressor yang timbul. Sebaliknya individu yang berkepribadian tidak matang akan bergantung dan peka terhadap rangsangan sehingga sangat mudah mengalami gangguan akibat adanya stres.

c. Status pendidikan dan status ekonomi

Status pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang menyebabkan orang tersebut mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikan dan status ekonomi yang tinggi.

d. Tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah stres.

e. Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik seperti cidera, penyakit badan, operasi, cacat badan lebih mudah mengalami stres. Disamping itu orang yang mengalami kelelahan fisik juga akan lebih mudah mengalami stres.

f. Tipe kepribadian

Individu dengan tipe kepribadian tipe A lebih mudah mengalami gangguan akibat adanya stres dari individu dengan kepribadian B.

Adapun ciri–ciri individu dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa buru–buru waktu, sangat setia (berlebihan) terhadap pekerjaan, agresif, mudah gelisah, tidak dapat tenang dan diam, mudah bermusuhan, mudah tersinggung, otot–otot mudah tegang. Sedangkan individu dengan kepribadian tipe B mempunyai ciri–ciri yang berlawanan dengan individu kepribadian tipe A.

g. Sosial Budaya

Cara hidup individu di masyarakat yang sangat mempengaruhi pada timbulnya stres. Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafat hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami stres. Demikian juga keyakinan agama akan mempengaruhi timbulnya stres.

h. Lingkungan atau situasi

Individu yang tinggal pada lingkungan yang dianggap asing akan lebih mudah mangalami stres.

i. Usia

Ada yang berpendapat bahwa faktor usia muda lebih mudah mengalami stres dari pada usia tua, tetapi ada yang berpendapat sebaliknya.

j. Jenis kelamin

Umumnya wanita lebih mudah mengalami stres, tetapi usia harapan hidup wanita lebih tinggi dari pada pria.

2.2.4 Faktor yang dapat Mengurangi Kecemasan

Faktor yang dapat mengurangi kecemasan menurut para ahli terbagi menjadi beberapa faktor, antara lain adalah :

a. *Represi,* yaitu tindakan untuk mengalihkan atau melupakan hal atau keinginan yang tidak sesuai dengan hati nurani. *Represi* juga bisa diartikan sebagai usaha untuk menenangkan atau meredam diri agar tidak timbul dorongan yang tidak sesuai dengan hatinya (Prasetyono, 2015).
b. Relaksasi, yaitu dengan mengatur posisi tidur dan tidak memikirkan masalah (Prasetyono, 2015). Sedangkan Carnegie (2014) menambahkan bahwa relaksasi dan rekreasi bisa menurunkan kecemasan dengan cara tidur yang cukup, mendengarkan musik, tertawa dan memperdalam ilmu agama.
c. Komunikasi, yaitu komunikasi yang disampaikan petugas kesehatan pada pasien dengan cara memberi informasi yang lengkap mulai pertama kali pasien masuk dengan menetapkan kontrak untuk hubungan profesional mulai dari fase orientasi sampai dengan terminasi atau yang disebut dengan komunikasi teraupetik (Tamsuri, 2016).
d. *Psikofarmaka*, yaitu pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan seperti *diazepam*, *bromazepam* dan *alprazolam* yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan *neurotransmiter* (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (*lymbic system)* (Hawari, 2014).
e. *Psikoterapi*, merupakan terapi kejiwaan dengan memberi motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta kepercayaan diri (Hawari, 2014).
f. *Psikoreligius*, yaitu dengan doa dan dzikir. Doa adalah mengosongkan batin dan memohon kepada Tuhan untuk mengisinya dengan segala hal yang kita butuhkan. Dalam doa umat mencari kekuatan yang dapat

melipatgandakan energi yang hanya terbatas dalam diri sendiri dan melalui hubungan dengan doa tercipta hubungan yang dalam antara manusia dan Tuhan (Prasetyono, 2015). Terapi medis tanpa disertai dengan doa dan dzikir tidaklah lengkap, sebaliknya doa dan dzikir saja tanpa terapi medis tidaklah efektif.

2.2.5 Kategori Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan menurut Stuart & Sundeen (2015) terbagi menjadi 4, diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Cemas Ringan

Kecemasan ini adalah kecemasan yang normal yang memotivasi individu dari hari ke hari sehingga dapat meningkatkan kesadaran individu serta mempertajam perasaannya. Kecemasan pada tahap ini dipandang penting dan *konstruktif.*

b. Cemas Sedang

Pada tahap ini lapangan persepsi individu menyempit, seluruh indera dipusatkan pada penyebab kecemasan sehingga perhatian terhadap rangsangan dari lingkungannya berkurang.

c. Cemas Berat

Lapangan persepsi menyempit, individu berfokus pada hal–hal yang kecil, sehingga individu tidak mampu memecahkan masalahnya, dan terjadi gangguan fungsional.

d. Panik

Merupakan bentuk kecemasan yang ekstrim, terjadi disorganisasi dan dapat membahayakan dirinya. Individu tidak dapat bertindak, agitasi atau hiperaktif. Kecemasan tidak dapat langsung dilihat, tetapi dikomunikasikan melalui perilaku klien/ individu, seperti tekanan darah

yang meningkat, nadi cepat, mulut kering, menggigil, sering kencing dan pening.

2.2.6 Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala berdasarkan klasifikasi tingkat kecemasan yang timbul secara umum menurut Stuart & Sundeen (2015) adalah:

a. Tanda fisik

1) Cemas ringan

a) Gemetaran, renjatan, rasa goyang;

b) Ketegangan otot;

c) Nafas pendek, hiperventilasi;

d) Mudah lelah.

2) Cemas sedang

a) Sering kaget;

b) Hiperaktifitas *autonomik;*

c) Wajah merah dan pucat.

3) Cemas berat

a) *Takikardi;*

b) Nafas pendek, *hiperventilasi;*

c) Berpeluh;

d) Tangan terasa dingin;

4) Panik

a) Diare;

b) Mulut kering (*xerostomia*);

c) Sering kencing;

d) *Parestesia* (kesemutan pada kaki dan tangan);

e) Sulit menelan;

b. Gejala psikologis

1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung;
2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut;
3) Sulit konsentrasi, *hypervigilance* (siaga berlebihan);
4) Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang;
5) Gangguan pola tidur, mimpi – mimpi yang menegangkan;
6) Gangguan konsentrasi dan daya ingat;
7) *Libido* menurun;
8) Rasa menganjal di tenggorokan;
9) Rasa mual di perut.

2.2.7 Pengukuran Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan menggunakan *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)* yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk *Anxiety Analog Scale* (AAS). Validitas AAS sudah diukur oleh Yul Iskandar (Juniastuti, 2017) dalam penelitiannya yang mendapat korelasi yang cukup dengan *HRS-A* (r = 0,57 – 0,84).

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HRS-A* (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*). Skala *HRS-A* merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala *HRS-A* terdapat 14 *symptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*Nol Present*) sampai dengan 4 (*severe*).

Skala *HRS-A* pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala *HRS-A* telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala *HRS-A* akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Skala *HRS-A* (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*) yang dikutip Nursalam (2013) penilaian kecemasan terdiri dan 14 item, meliputi:

a. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
b. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
c. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
d. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
e. Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
f. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
g. Gejala *somatik*: nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
h. Gejala *sensorik*: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.

i. Gejala *kardiovaskuler*: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
j. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
k. Gejala *gastrointestinal*: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
l. Gejala *urogenital*: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
m. Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
n. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = Satu dari gejala yang ada

2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada

3 = berat/lebih dari ½ gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

a. Skor kurang dari 7 = tidak ada kecemasan
b. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan
c. Skur 15 – 27 = kecemasan sedang
d. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

2.3 Konsep Komunikasi Efektif

2.3.1 Pengertian Komunikasi

Komunikasi berasal dari bahasa latin *Communication*, yang artinya sama. Maksudnya adalah komunikasi dapat terjadi apabila terdapat kesamaan makna mengenai suatu pesan yang disampaikan oleh komunikator dan diterima oleh komunikan. Menurut Amirah (2013) komunikasi merupakan penyampaian informasi dalam sebuah interaksi tatap muka yang berisi ide, perasaan, serta pikiran yang diberikan pada penerima pesan dengan harapan penerima pesan menggunakan informasi tersebut untuk mengubah sikap dan perilaku.

2.3.2 Tujuan Komunikasi

Tujuan komunikasi menurut Nasir *et al.* (Amirah, 2011) sebagai berikut:

a. Perubahan sikap (*attitude change*)

   Pesan yang diterima oleh komunikan menimbulkan pemahaman dan akan menumbuhkan kesadaran untuk menyetujui apa yang disampaikan oleh komunikator, sehingga mempengaruhi sikap komunikan sesuai keinginan komunikator.

b. Perubahan pendapat (*opinion change*)

   Pemahaman yang timbul dari proses komunikasi yang dimiliki komunikan dalam menerima pesan secara cermat, akan menciptakan pendapat yang berbeda-beda.

c. Perubahaan perilaku (*behavior change*)

   Pengertian dan pemahaman terhadap suatu pesan memberikan respon pada komunikan untuk mengubah perilaku.

d. Perubahan sosial (*social change*)

Membanguun dan memelihara ikatan hubungan dengan orang lain sehingga menjadi hubungan yang menjadi baik dan secara tidak sengaja komunikasi efektif akan meningkatkan keeratan hubungan interpersonal.

2.3.3 Pengertian Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif yaitu komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap (*attitude change*) pada orang lain yang terlibat dalam komunikasi (Ruky, 2012).

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Efektif

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi komunikasi efektif menurut Ruky (2012) diantaranya:

a. Kepribadian

Suatu organisasi yang khas pada diri setiap individu yang ditentukan atau dipengaruhi oleh faktor-faktor bawaan dan lingkungan, yang menjadi penentu dalam mempengaruhi tingkah laku.

b. Persepsi

Persepsi adalah tindakan menyusun, mengenali, dan menafsirkan informasi sensoris guna memberikan gambaran dan pemahaman tentang lingkungan. Menurut Hidayat (2009) proses seseorang memahami lingkungan, meliputi pengorganisasian dan penafsiran rangsang dalam suatu pengalaman psikologis.

c. Sikap

Pengertian sikap adalah perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur melalui pengalaman, yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, obyek dan keadaan. Sikap merupakan

reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2015). Dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap tidak dapat dilihat langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu.

Sikap merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku, dengan mempunyai 3 komponen pokok yaitu kepercayaan/keyakinan ide dan konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, kecenderungan untuk bertindak.

Tingkatan sikap mulai dari menerima, menanggapi, menghargai dan bertanggung jawab. Faktor-faktor yang menunjang perubahan sikap:

1) Adanya imbalan dan hukuman dimana individu mengasosiasikan reaksinya yang disertai imbalan dan hukuman;
2) Stimulus mengandung harapan bagi individu sehingga dapat terjadi perubahan dalam sikap;
3) Stimulus mengandung prasangka bagi individu yang mengubah sikap semula.

d. Pengetahuan *(Knowledge)*

Pengetahuan adalah kumpulan informasi yang dipahami, diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri baik terhadap diri sendiri maupun lingkungannya. Merupakan hasil dari tahu melalui penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan sangat penting terhadap terbentuknya tindakan kesadaran seseorang dalam melakukan komunikasi efektif (Notoatmodjo 2015).

e. Pendidikan

Setiap pekerjaan atau tugas memerlukan ketrampilan dan pengetahuan yang didukung oleh pendidikan dan pelatihan

(Notoatmodjo, 2015). Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi diri (Nursalam, 2013). Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi komunikasi, dimana seseorang yang mempunyai pendidikan lebih tinggi mempunyai kosa kata yang luas dan kemampuan untuk membaca serta menulis dibandingkan dengan seseorang yang pendidikannya lebih rendah.

f. Motivasi

Motivasi adalah kekuatan, baik dari dalam maupun dari luar yang mendorong seseorang untuk mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya (Hamzah, 2008). Faktor atau hal-hal yang memotivasi perawat tetap bekerja di keperawatan yaitu, antara lain: Kepuasan kerja, Pengembangan Profesional, Kondisi kerja yang baik, Tingkat penggajian.

2.3.5 Prinsip Komunikasi Efektif

Terdapat lima prinsip komunikasi efektif yang harus dipahami (Leonard, 2014). Lima prinsip tersebut disingkat dengan *REACH*, yaitu : *Respect, Empathy, Audible, Care,* dan *Humble*. Lima prinsip komunikasi yang efektif itu adalah sebagai berikut :

a. *Respect*

Respect adalah sikap menghargai setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang akan kita sampaikan.

b. *Empathy*

Komunikasi yang efektif akan dengan mudah tercipta jika komunikator memiliki sikap empati. *Empathy* artinya kemampuan seorang komunikator dalam memahami dan menempatkan dirinya pada situasi atau kondisi yang dihadapi orang lain.

c. *Audible*

Audible adalah pesan yang kita sampaikan dapat diterima oleh penerima pesan melalui media atau *delivery channel*.

d. *Care*

Care berarti komunikator memberikan perhatian kepada lawan komunikasinya. Komunikasi yang efektif akan terjalin jika *audience* lawan komunikasi personal merasa diperhatikan.

e. *Humble*

Humble adalah sikap rendah hati untuk membangun rasa saling menghargai.

2.3.6 Langkah – langkah Komunikasi Efektif

Adapun langkah-langkah untuk membangun komunikasi yang efektif adalah sebagai berikut (Leonard, 2014):

a. Memahami maksud dan tujuan berkomunikasi
b. Mengenali komunikan
c. Menyampaikan pesan dengan jelas
d. Menggunakan alat bantu yang baik
e. Memusatkan perhatian
f. Menghindari gangguan komunikasi
g. Membuat suasana yang menyenangkan
h. Menggunakan bahasa tubuh *(body language)* yang benar

2.3.7 Prosedur Komunikasi Efektif Menurut Penelitian Terdahulu

Menurut penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Jannah dkk. (2017) tentang “Komunikasi Efektif Berperan dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien di Instalasi Radiologi”, menyimpulkan bahwa Komunikasi efektif berperan dalam meningkatkan kepuasan pasien dengan kontribusi sebesar 78,1%. Penelitian tersebut juga menjelaskan faktor yang

berpengaruh dalam prosedur melakukan komunikasi efektif, diantaranya adalah *Respect, Empathy, Audible, Clarity, dan Humble*. Komunikasi efektif mampu mempengaruhi emosi pasien dalam pengambilan keputusan tentang rencana tindakan medis selanjutnya. Hal ini dikarenakan dengan membangun komunikasi yang efektif, pasien merasa tenang dan aman ditangani oleh petugas sehingga akan patuh menjalankan prosedur pemeriksaan dan percaya bahwa petugas tersebut dapat membantu menyelesaikan masalah kesehatannya. Sedangkan komunikasi tidak efektif akan mengundang masalah dan mengakibatkan beralihnya pasien kepada pelayanan kesehatan yang memberikan kepuasan lebih baik. Standar Operasional Prosedur Komunikasi Efektif terdiri dari beberapa tahap, yaitu dimulai dari Tahap Pra-Interaksi, Tahap Orientasi, Tahap Kerja, dan Tahap Terminasi. Sedangkan terdapat hal – hal yang perlu diperhatikan saat melakukan komunikasi efektif, yaitu harus dalam posisi berhadapan, mempertahankan kontak mata, tersenyum pada saat yang tepat, membungkuk ke arah pasien, dan mempertahankan sikap terbuka.

Penelitian Fourianalistyawati (2012) tentang “Komunikasi yang Relevan dan Efektif antara Dokter dan Pasien” menjelaskan bahwa dengan mengembangkan komunikasi efektif, dokter dapat mengetahui sepenuhnya kondisi pasien dan keluarga pasien juga menaruh kepercayaan sepenuhnya kepada dokter. Kondisi tersebut dapat berpengaruh pada proses penyembuhan pasien selanjutnya. Pasien merasa aman dan tenang mendapatkan penanganan yang intensif oleh dokter, sehingga pasien akan patuh menjalankan petunjuk dan nasehat dokter karena yakin bahwa semua yang dilakukan untuk kebaikan pasien. Efektif atau tidaknya komunikasi yang berlangsung akan menentukan

sikap pasien dalam menerima diagnosis yang ditetapkan dokter, menjalani pengobatan, melakukan perawatan diri dan memerhatikan atau mematuhi anjuran dan nasihat dokter. Komunikasi tersebut juga mempengaruhi kelangsungan terapi, apakah akan berlanjut atau terjadi pemutusan hubungan secara sepihak. Begitu juga dengan penelitian Pratita dkk. (2014), yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan (bermakna) antara komunikasi efektif dengan tingkat kecemasan pasien pre-operasi di Paviliun Dahlia RSU dr. H. Koesnadi, dimana semakin baik penerapan komunikasi efektif maka semakin menurun tingkat kecemasan pasien preoperasi.

2.4 Pengaruh Komunikasi Efektif terhadap Tingkat Kecemasan Calon Akseptor KB IUD Pasca *Plasenta*

Kecemasan calon akseptor KB IUD terjadi dikarenakan ibu belum mengetahui tentang KB IUD secara benar, hal tersebut dapat membuat ibu berprasangka tidak baik terhadap kontrasepsi IUD. Sehingga, jika tidak mendapatkan penjelasan yang benar tentang KB IUD maka orang dapat keluar dari keikutsertaannya dalam pemakaian KB IUD (Anggara, 2015). Orang yang mempunyai pengetahuan yang rendah tentang KB IUD juga dapat mengalami kecemasan yang lebih berat bahkan akan mengalami kepanikan sebagaimana dinyatakan oleh Prawirohoesdo (Nursalam, 2013) yang menyatakan status pendidikan dan pengetahuan yang rendah akan menyebabkan seseorang mengalami stres. Stres dan kecemasan ini bisa disebabkan karena kurangnya informasi yang didapat orang tersebut.

Kecemasan ibu terkait KB IUD dapat dikurangi dengan beberapa cara, menurut Prasetyono (2015) dan Hawari (2014), beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan adalah dengan represi, relaksasi,

komunikasi, psikofarmaka, psikoterapi, psikoreligius. Menurut Feri (Pratita dkk., 2014), komunikasi efektif mampu mempengaruhi emosi pasien dalam pengambilan keputusan tentang rencana tindakan selanjutnya, sedangkan komunikasi tidak efektif akan mengundang masalah, dalam sebuah studi yang dilakukan di Australia menyebutkan bahwa 13 – 22 % komplain pasien berkaitan dengan komunikasi yang kurang adekuat. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratita dkk. (2014), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan (bermakna) antara komunikasi efektif dengan tingkat kecemasan pasien pre-operasi di Paviliun Dahlia RSU dr. H. Koesnadi, dimana semakin baik penerapan komunikasi efektif maka semakin menurun tingkat kecemasan pasien preoperasi.

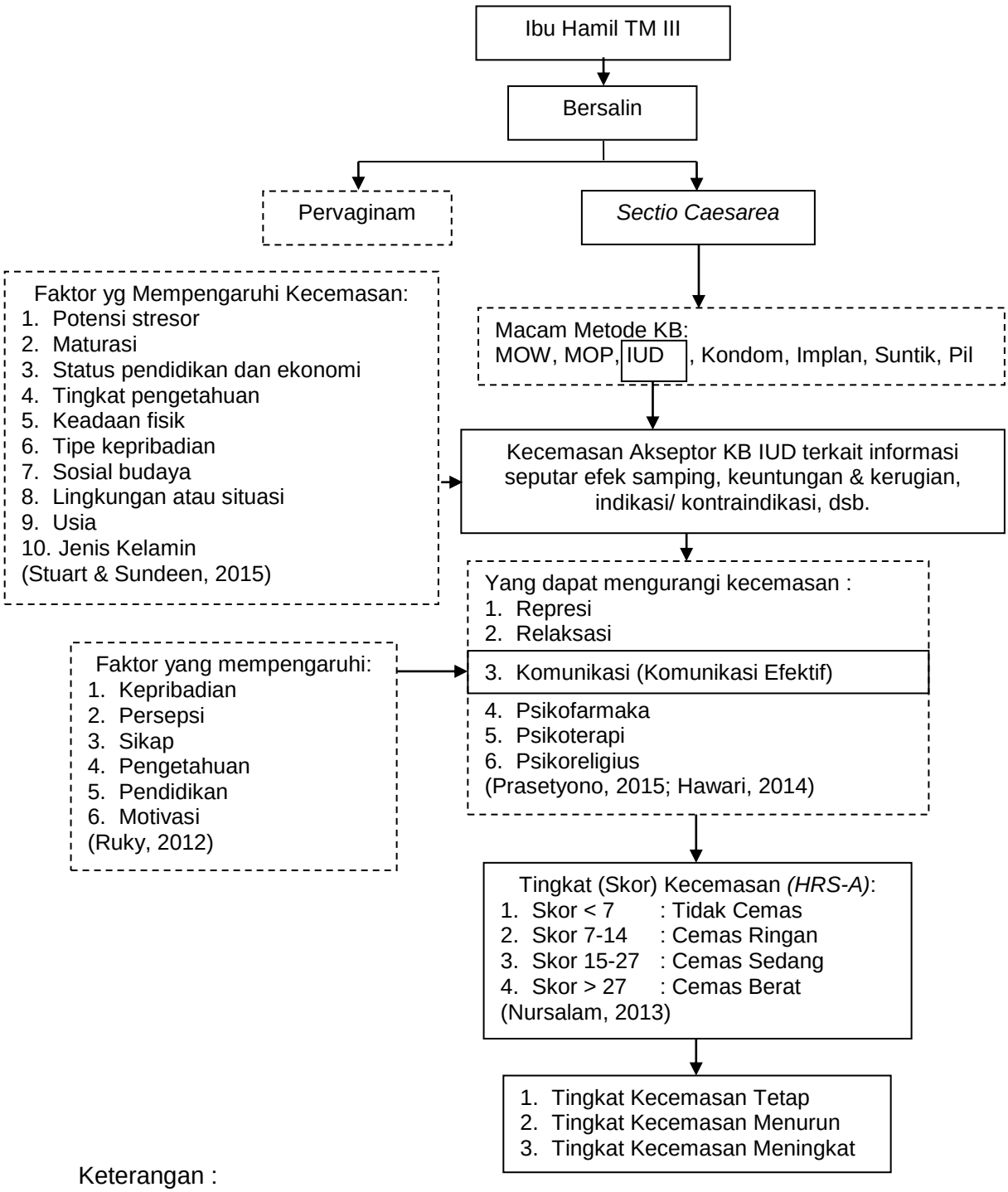
2.5 Penelitian Relevan

No.	Tahun	Pengarang	Judul Jurnal	Metode	Hasil penelitian
1.	2019	Halimatus Saidah & Dewi Kartika Sari	Pengaruh Konseling Terhadap Tingkat Kecemasan Akseptor KB IUD *Post Plasenta* di RSUD Kota Madiun 2019	*Pre Eksperimental On Group Pre Test Post Test Desig*n dengan pendekatan *Cross Sectional*	Ada pengaruh konseling terhadap tingkat kecemasan akseptor KB IUD *Post Plasenta* di RSUD Kota Madiun 2019
2	2019	Novita Eka Kusuma Wardani , Deasy Irawati, & Sri Wayanti	Pengaruh Konseling Terhadap Pengetahuan dan Sikap Calon Akseptor KB dalam Pemilihan AKDR *Post Plasenta*	*Kuasi eksperimental* dan Pengambilan sampel dilakukan secara *cluster sampling*	ada pengaruh yang signifikan antara pemberian konseling dengan tingkat pengetahuan dan sikap calon akseptor KB dalam pemilihan AKDR *Post Plasenta*

3	2017	Yelzy Juniastuti	Hubungan pengetahuan Akseptor IUD dengan kecemasan efek samping kontrasepsi IUD di RSU Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017	Observasional dengan rancangan *cross sectional*	Ada hubungan pengetahuan akseptor IUD dengan kecemasan efek samping kontrasepsi IUD di RSU Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017
4	2017	Putri Yunia Fitri & Nurul Fitriyah	Gambaran Karakteristik Akseptor Keluarga Berencana (KB) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Desa Payaman	Penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif	Gambaran karakteristik akseptor KB yang menggunak:an metode MKJP di Desa Payaman Kecamatan Ngraho Kabupaten Bojonegoro berumur 15-45 tahun (61 %), memiliki pekerjaan sebagai petani (78%), berpendidikan relatifrendah yakni tidak tamat sekolah (66%), menderita penyakit diabetes (84%), dan mengunakan alat kontrasepsi IUD dengan lama penggunaan lebih dari 6 bulan (90%).
5	2015	Vera Setya Purnaning Anggara	Hubungan Tingkat Kecemasan Akseptor Dengan Pemilihan Kontrasepsi IUD *(Intra Uterine Device)* Di PKD Kamongan Srumbung Magelang	Survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*	Ada hubungan tingkat kecemasan akseptor dengan pemilihan kontrasepsi IUD di PKD Kamongan, Srumbung, Magelang tahun 2015 dan diperoleh *Correlation Coefficient* sebesar 0,647 sehingga dapat disimpulkan keeratan hubungannya adalah kuat

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Pengaruh Komunikasi Efektif terhadap Tingkat Kecemasan Calon Akseptor KB IUD Pasca *Plasenta* di RSU Mitra Delima Malang

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H_1 : Ada pengaruh komunikasi efektif terhadap tingkat kecemasan calon akseptor KB IUD pasca *plasenta* di RSU Mitra Delima Malang.