|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAHASIA**  **HANYA UNTUK PENELITIAN** |  | **KODE FORM:** |

**MAGISTER KESEHATAN IBU DAN ANAK-KESEHATAN REPRODUKSI**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS GADJAH MADA**

**KUESIONER**

**BIAS PROVIDER DAN PELUANG TERJADINYA *UNMET NEED* KB**

**PADA PASANGAN USIA SUBUR**

**DI KECAMATAN KRATON KOTA YOGYAKARTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | 1. **IDENTITAS RESPONDEN** | | **KODE** |
| 1 | Nama/Inisial |  |  |
| 2 | Alamat |  |  |
| 3 | Jenis Kelamin | 1. Laki-laki 2. Perempuan |  |
| 4 | Tanggal Kelahiran | |  |
| 5 | Umur | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LATAR BELAKANG RESPONDEN** | | | |
| **NO** | **PERTANYAAN** | **JAWABAN** | **KODE** |
| **PENDIDIKAN** | | | |
| 1 | Apakah jenjang sekolah tertinggi yang pernah anda duduki: Tidak Tamat SD, SD,SMP,SMA,Akademi, Universitas | Tidak Tamat SD.....................1  Sekolah Dasar.........................2  Sekolah Menengah Pertama...3  Sekolah Menengah Atas.........4  Perguruan Tinggi....................5 |  |
| **PEKERJAAN** | | | |
| 2 | Apakah anda saat ini bekerja? | Ya...........................................1  Tidak......................................2 |  |
| **JUMLAH ANAK HIDUP** | | | |
| 3 | Berapakah jumlah anak kandung yang anda miliki yang masih hidup? | 0 anak..................................1  1-2 anak..................................2  3-4 anak..................................3  +5 anak...................................4 |  |
| **UNMET NEED KB** | | | |
| 4.1 | Apakah anda saat ini sedang hamil??  ***(Jika ‘Tidak’ langsung ke no 4.3)*** | Ya...........................................1  Tidak......................................2 |  |
| 4.2 | Apakah kehamilan saat ini anda/pasangan anda kehendaki atau inginkan?? | Ya...........................................1  Tidak......................................2 |  |
| 4.3 | Apakah anda ingin memiliki anak di kemudian hari (dalam waktu 2 tahun kedepan)? | Ya...........................................1  Tidak......................................2 |  |
| 4.4 | Apakah anda saat ini menggunakan metode/cara KB modern untuk menunda atau menghindari kehamilan?  ***(Jika ‘Tidak’ langsung ke no.4.6)*** | Ya...........................................1  Tidak......................................2 |  |
| 4.5 | Alat/cara KB modern apa yang anda/pasangan anda gunakan saat ini? | Sterilisasi Pria.........................1  Sterilisasi Wanita....................2  IUD/AKDR.............................3  Implan/Susuk..........................4  Suntikan..................................5  PIL..........................................6  Kondom..................................7  Diagfragma.............................8 |  |
| 4.6 | Apakah anda pernah menggunakan suatu cara/metode lain untuk menunda atau menghindari kehamilan?  ***(Jika ‘Tidak’ langsung ke no.4.8)*** | Ya............................................1  Tidak.......................................2 | . |
| 4.7 | Cara/Metode KB lain yang pernah anda gunakan? | KB alamiah (Kalender)...........1  MAL........................................2  Senggama terputus..................3  Tradisional lainnya.................4 |  |
| 4.8 | Berapakah umur anak terkecil yang anda miliki saat ini? | ..............Bulan  ..............Tahun |  |
| 4.9 | Dalam 12 bulan terakhir, apakah anda pernah melakukan atau menggunakan suatu alat/cara tertentu untuk menunda atau mencegah kehamilan?  ***(Jika ‘Tidak’ langsung ke no.4.10)*** | Ya............................................1  Tidak.......................................2 |  |
| 4.10 | Alat/cara KB Modern apa yang terakhir anda/pasangan anda gunakan dalam 12 bulan terakhir?? | Sterilisasi Pria.........................1  Sterilisasi Wanita....................2  IUD/AKDR.............................3  Implan/Susuk..........................4  Suntikan..................................5  PIL..........................................6  Kondom..................................7  Kalender.................................8 |  |
| 4.11 | Anda mengatakan bahwa saat ini tidak menggunakan alat/cara KB. Apakah anda berpikir bahwa suatu saat nanti akan menggunakan alat/cara KB untuk menunda atau mencegah kehamilan? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 4.12 | Mengapa anda anda berhenti atau tidak menggunakan (Alat/Cara KB terakhir) tersebut? | Jarang hub.seks/suami jauh......1  Hamil....................................... 2  Ingin hamil............................... 3  Suami/pasangan tdk setuju...... 4  Masalah kesehatan................... 5  Takut efek samping..................6  Ingin alat/cara yang lebih efektif.......................................7  Sulit hamil.............................. 8  Tidak nyaman......................... 9 |  |
| 4.13 | Ketika dulu anda hamil, apakah kehamilan itu anda inginkan pada waktu itu? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 4.14 | Ketika anda saat ini telah memperoleh anak yang anda harapkan, apakah anda/pasangan anda sudah tidak ingin memilki anak lagi dikemudian hari? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 4.15 | Apakah anda menginginkan anak lagi tapi tidak dapat menentukan waktunya kapan? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 4.16 | Apakah anda tidak yakin apakah menginginkan anak lagi atau tidak, tetapi tidak dapat menentukan waktunya kapan dan menganggap masalah jika terjadi kehamilan? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DUKUNGAN SUAMI** | | | |
| 5.1 | Apakah suami anda mendukung anda untuk ikut menjadi akseptor KB guna menunda atau mencegah kehamilan? | Mendukung...............................1  Tidak Mendukung.....................2 |  |
| 5.2 | Apakah suami anda mendukung sepenuhnya jika anda menggunakan alat/cara KB modern untuk menunda atau mencegah kehamilan? | Mendukung...............................1  Tidak Mendukung.....................2 |  |
| 5.3 | Apakah suami anda mendukung apabila anda menggunakan cara KB dengan metode alamiah? | Mendukung...............................1  Tidak Mendukung.....................2 |  |
| 5.4 | Apakah suami anda mendukung sebelum memutuskan ber-KB anda berdiskusi terlebih dahulu dengan suami anda? | Mendukung...............................1  Tidak Mendukung.....................2 |  |
| 5.5 | Apakah suami anda mendukung jika dilibatkan dalam menentukan alat/cara KB yang akan anda gunakan? | Mendukung...............................1  Tidak Mendukung.....................2 |  |
| 5.6 | Apakah suami anda mendukung apabila sudah tidak menginginkan anak lagi, anda menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang? | Mendukung...............................1  Tidak Mendukung.....................2 |  |
| 5.7 | Apakah suami anda mendukung apabila anda ingin ber-KB, suami anda menghantarkan ke tempat fasilitas pelayanan KB? | Mendukung...............................1  Tidak Mendukung.....................2 |  |
| 5.8 | Apakah suami anda mendukung jika turut serta mendengarkan konseling tentang keluarga berencana? | Mendukung...............................1  Tidak Mendukung.....................2 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BIAS PROVIDER** | | | |
| 6.1 | Dalam 12 bulan terakhir, apakah anda pernah mendengar tentang KB dari petugas KB/Penyedia layanan KB? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.2 | Apakah anda pernah diberitahu oleh petugas kesehatan/KB tentang alat/cara KB lain yang dapat anda/pasangan gunakan? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.3 | Ketika anda mendapatkan (Alat/Cara KB yang terkahir dipakai), apakah anda diberitahu metode kontrasepsi lainnya (selain alat/cara KB yang terakhir digunakan)? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.4 | Ketika anda mendapatkan (Alat/Cara KB yang terkahir dipakai), apakah anda diberitahu oleh penyedia layanan KB tentang efek samping atau masalah yang mungkin timbul dengan pemakaian alat/cara KB tersebut? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.5 | Apakah anda diberitahu oleh penyedia layanan KB tentang tindakan yang harus dilakukan jika anda mengalami efek samping atau masalah dari alat/cara KB yang anda gunakan? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.6 | Pada kunjungan tersebut, apakah anda mendapatkan alat/cara KB yang terakhir dipakai sesuai keinginan?  ***(Jika “Ya” Langsung ke Pertanyaan No.6.10)*** | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.7 | Mengapa anda tidak mendapatkan alat/cara KB sesuai dengan keinginan anda/pasangan anda? | Persediaan habis pada hari itu...1  Alat/cara tdk tersedia sama sekali.........................................2  Penyedia tdk terlatih utk memasang.................................3  Penyedia menyarankan alat/cara lain............................................4  Tidak memenuhi syarat............5  Memutuskan tidak menggunakan...........................6  Terlalu mahal...........................7  Lainnya....................................8 |  |
| 6.8 | Pada kunjungan tersebut, siapa yang membuat keputusan akhir tentang alat/cara KB yang dapat anda gunakan? | Anda sendiri..............................1  Penyedia layanan......................2  Pasangan...................................3  Anda dan Penyedia layanan.....4  Anda dan pasangan..................5  Lainnya....................................6 |  |
| 6.9 | Apakah penyedia layanan KB memenuhi keinginan KB seperti yang anda butuhkan? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.10 | Apakah anda diberitahu oleh penyedia layanan KB untuk kembali lagi ke pelayanan KB tersebut? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.11 | Apakah anda akan kembali lagi ke penyedia layanan KB tersebut? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.12 | Apakah anda akan merujuk/menyarankan teman atau keluarga anda lainnya untuk datang ke penyedia layanan KB tersebut? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |
| 6.13 | Dalam 12 bulan terakhir apakah anda/pasangan anda pernah dikunjungi oleh petugas atau provider KB? | Ya..............................................1  Tidak.........................................2 |  |