

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN : 1907-2902 (*Print*)

e-ISSN : 2502-8537 (*Online*)

PROFIL PEMAKAIAN KONTRASEPSI: DISPARITAS ANTARA PERDESAAN DAN PERKOTAAN

(*PROFILE OF CONTRACEPTIVE USE: DISPARITY BETWEEN RURAL AND URBAN AREAS*)

Resti Pujihavuty

Pusat Penelitian dan Pengembangan KB dan KS-BKKBN

Korespondensi penulis: restipujihavuty@yahoo.com

Abstract

Contraceptive use is one of the essential influential factors to the birth rate of Indonesia. This article aims to identify the profile of contraceptive use in rural and urban areas based on the socio-economic and demographic characteristics as well as the influential factors. This study conducted a further analysis of Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020) survey in 2015, by applying univariate, bivariate, and multivariate analysis. The results of the analysis show a similar average number of children for both rural and urban areas; this situation is in accordance with the program of National Population and Family Planning (BKKBN). In addition, the educational and economic status of women in union of childbearing age in rural areas has improved along with the increasing number of women graduated from senior high school as well as the improvement of their wealth. However, many women in rural and urban areas never have been visited by family planning officers as well as do not have health insurance, such as BPJS. The finding of the study also shows that the higher the economic status of women in rural areas, the higher their chances to use contraception. Conversely, the higher the economic status of women in urban areas, the lower their participation in family planning program. Therefore, specific, intensive and equal interventions to IEC and advocacy programs are needed for both rural and urban areas.

Keywords: *contraceptive use, urban, rural*

Abstrak

Pemakaian kontrasepsi merupakan komponen penting yang memengaruhi tingkat kelahiran di Indonesia. Artikel ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pemakaian kontrasepsi di pedesaan dan perkotaan berdasarkan karakteristik sosial ekonomi dan demografi pemakainya, serta faktor-faktor yang memengaruhinya. Kajian ini menganalisis lebih lanjut hasil survei *Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020)* tahun 2015, dengan menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Hasil analisis menunjukkan rata-rata jumlah anak yang sama antara wilayah pedesaan dan perkotaan, kondisi ini sesuai dengan program Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Selain itu, status pendidikan dan ekonomi wanita PUS (Pasangan Usia Subur) di pedesaan mengalami peningkatan dengan banyaknya wanita yang lulus pendidikan menengah ke atas serta berada pada tingkat kekayaan sedang dan tinggi. Masih banyak wanita PUS di wilayah pedesaan maupun di perkotaan tidak mendapatkan kunjungan petugas KB dan belum memiliki asuransi kesehatan seperti BPJS. Kajian ini juga menemukan bahwa semakin tinggi status ekonomi wanita di pedesaan semakin besar peluang mereka memakai kontrasepsi. Sebaliknya, semakin tinggi status ekonomi wanita PUS di perkotaan, keikutsertaan dalam program KB semakin rendah. Oleh karena itu, intervensi program terkait KIE dan advokasi diperlukan secara khusus, intensif, dan merata, baik di wilayah pedesaan maupun perkotaan.

Kata Kunci: pemakaian kontrasepsi, pedesaan, perkotaan

PENDAHULUAN

Indonesia telah mencapai kemajuan besar dalam pengendalian jumlah penduduk melalui program Keluarga Berencana (KB). Hal ini terlihat dari penurunan laju pertumbuhan penduduk dari 1,49 pada tahun 2010 menjadi 1,39 pada tahun 2015 (BPS, 2016). Meskipun laju pertumbuhan penduduk Indonesia menurun, jumlah penduduk Indonesia tercatat mengalami peningkatan dari 237,6 juta pada tahun 2010 menjadi 255 juta pada tahun 2015. Jika melihat sebaran penduduk di wilayah perdesaan dan perkotaan, proporsi jumlah penduduk di perkotaan sedikit lebih besar yaitu 135 juta dibanding di perdesaan sebanyak 119 juta jiwa (BPS, 2016). Banyaknya jumlah penduduk di Indonesia ditandai dengan masih stagnannya angka fertilitas berdasarkan hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003, 2007, dan 2012, yaitu sebesar 2,6 anak per wanita usia subur 15-49 tahun (BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, & ICF International, 2013).

Salah satu komponen utama yang berperan penting memengaruhi fertilitas di Indonesia adalah pemakaian alat dan obat kontrasepsi. Menurut Ananta, Lim, Molyneaux, & Kantner (1992), pemakaian kontrasepsi terbukti mampu menurunkan angka kelahiran. Hasil SDKI menunjukkan peningkatan angka pemakaian kontrasepsi dari 60 persen pada tahun 2002-2003 menjadi 62 persen pada tahun 2012 (BKKBN dkk., 2013).

Menurut Ullah & Chakraborty (1993) dan Merry & Iswarati (2013), tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan) berpengaruh signifikan terhadap keinginan memakai kontrasepsi. Beberapa studi lain juga memperlihatkan bahwa daerah tempat tinggal wanita berhubungan signifikan terhadap status kehamilan seseorang (Islam & Rashid, 2004; Rahman, 2012). Peluang pemakaian alat kontrasepsi pada wanita yang tinggal di perdesaan lebih rendah dibandingkan dengan di perkotaan. Hal ini dapat terjadi karena wanita yang tinggal di perkotaan lebih mudah mengakses informasi maupun pelayanan KB. Sebagai contoh, klinik kesehatan swasta, rumah sakit pemerintah, apotik, dan toko obat tersedia lebih banyak di wilayah perkotaan sehingga memberikan kemudahan dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan pelayanan KB bagi masyarakat di wilayah tersebut. Lain halnya di perdesaan, rumah sakit pemerintah dan fasilitas kesehatan lainnya tidak tersedia dikarenakan akses yang membuat wanita dengan status ekonomi rendah tidak dapat menjangkau fasilitas kesehatan sehingga bisa berpengaruh terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Selain itu, keterbatasan akses transportasi mengakibatkan wanita dengan status ekonomi rendah

hanya bisa mengandalkan transportasi umum yang dapat menghabiskan biaya besar untuk menjangkau fasilitas kesehatan.

Dari gambaran tersebut, terlihat jelas bahwa pemakaian kontrasepsi di perdesaan maupun di perkotaan dipengaruhi beberapa faktor. Beberapa penelitian di negara-negara berkembang menunjukkan adanya korelasi yang kuat antara status sosial ekonomi dan penggunaan kontrasepsi (Schoemaker, 2005). Analisis yang dilakukan oleh Davis & Blake (1956) menyatakan bahwa salah satu variabel antara yang memengaruhi fertilitas adalah pemakaian kontrasepsi yang banyak dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Shah (1994) juga berpendapat bahwa pola penggunaan dan pilihan kontrasepsi pada pasangan menikah di negara-negara Asia tergantung pada kondisi sosial ekonomi dan budaya setempat. Persepsi wanita tentang kontrasepsi sangat erat kaitannya dengan beberapa faktor, seperti informasi yang memadai, pendidikan wanita, dan pengetahuan wanita (Kohler, 1997).

Di Indonesia, pelaksanaan program KB, khususnya penggunaan kontrasepsi, berbeda pada setiap aspek sosial, misalnya pendidikan lebih penting dari pendapatan atau variabel ekonomi lainnya (Suyono, 1974). Pendidikan merupakan faktor yang memengaruhi penggunaan kontrasepsi melalui akses wanita terhadap informasi KB dan pilihan metode KB (Kohler, 1997). Selain itu, Frakenberg, Sikoki, & Suriastini (2003) berpendapat bahwa pendidikan berhubungan dengan pemilihan metode KB yang diinginkan. Adioetomo, Kitting & Taufik (1989) mengatakan bahwa peningkatan pemakaian kontrasepsi secara signifikan, kenaikan umur kawin pertama, serta beberapa faktor sosial ekonomi dan budaya berpengaruh terhadap penurunan fertilitas di Indonesia sepanjang tahun 1977 hingga 1986. Beberapa studi lain di Indonesia juga menunjukkan bahwa tempat tinggal (perkotaan atau perdesaan), pendidikan, akses terhadap media massa, dan kunjungan petugas memengaruhi wanita dalam memilih layanan KB (Samosir, 1994; Rajagukguk, 1999).

Sebagian besar daerah perkotaan di negara-negara berkembang sering dihubungkan dengan masyarakat yang lebih berpendidikan, akses yang lebih baik ke pelayanan medis seperti KB dan pelayanan sosial lainnya. Oleh karena itu, tingkat penggunaan kontrasepsi biasanya lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di daerah perdesaan. Selain itu, peluang untuk menjadi pengguna kontrasepsi bagi wanita yang tinggal di perkotaan hampir satu setengah kali lebih tinggi dibanding wanita di perdesaan (Ullah & Chakraborty, 1993). Hasil penelitian lain yang dilakukan Joseph (2007) juga menunjukkan bahwa peluang wanita usia 17-47 tahun yang tinggal di perkotaan untuk

memakai KB 1,4 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita pada kelompok usia yang sama di perdesaan. Gambaran pemakaian kontrasepsi yang berbeda antara kedua tipologi wilayah ini memengaruhi tingkat kelahiran yang umumnya lebih rendah di wilayah perkotaan.

Data survei *Performance Monitoring and Accountability* 2020 (PMA2020) pada tahun 2015¹ menunjukkan hubungan yang terbalik antara angka kelahiran total (*Total Fertility Rate/TFR*) dan angka pemakaian kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) di wilayah perdesaan dan perkotaan. Secara umum, hasil survei menunjukkan peningkatan angka pemakaian kontrasepsi memengaruhi penurunan tingkat fertilitas (JHU, BKKBN, UGM, UNHAS, & USU, 2016). Meskipun begitu, hasil survei ini juga menunjukkan bahwa angka TFR (2,4) dan proporsi pemakaian KB untuk semua jenis metode (62 persen) di wilayah perdesaan lebih besar dibanding TFR (2,2) dan proporsi pemakaian KB (59 persen) di wilayah perkotaan. Begitupun dengan proporsi pemakaian KB modern di perdesaan (61,9 persen) lebih besar dibanding di perkotaan (57,4 persen). Menariknya, pemakaian KB tradisional di perkotaan (2,2 persen) lebih besar dibanding di perdesaan (1 persen).

Hal tersebut menunjukkan adanya tren yang berbeda dari hasil survei sebelumnya sehingga memerlukan penjelasan lebih lanjut melalui analisis data sekunder. Analisis ini diperlukan untuk melihat gambaran pemakaian kontrasepsi antara perdesaan dan perkotaan, serta menghubungkannya dengan karakteristik di masing-masing wilayah berdasarkan data survei PMA2020 Tahun 2015. Oleh karena itu, artikel ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pemakaian kontrasepsi di perdesaan dan perkotaan berdasarkan karakteristik sosial ekonomi demografi pemakai kontrasepsi dan faktor-faktor yang memengaruhinya.

METODE

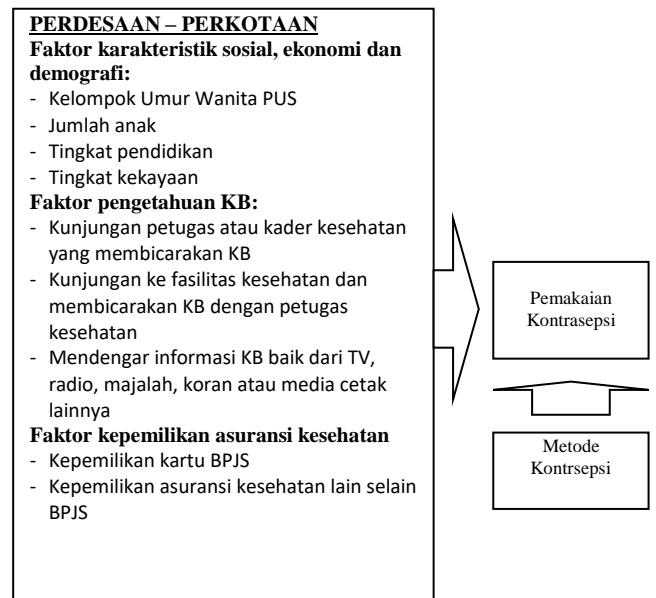
Analisis data sekunder pada kajian ini bersumber dari data survei PMA2020 pada tahun 2015. Enumerator survei ini menggunakan *smartphone* dalam proses pengumpulan data terkait keluarga berencana, air, dan sanitasi. Data dikumpulkan di tingkat rumah tangga dan fasilitas kesehatan di blok sensus terpilih. Sampel survei ini sebanyak 10.358 wanita usia 15-49 tahun di seluruh Indonesia. Selanjutnya, studi ini menganalisis 7.903 wanita PUS (Pasangan Usia Subur) yang berstatus

menikah dan/atau tinggal dengan pasangan yang tersebar di seluruh Indonesia.

Analisis deskriptif univariat dilakukan pada tiap variabel di wilayah perdesaan dan perkotaan. Di samping itu, analisis bivariat menggunakan tabulasi silang dan uji *Pearson chi-square* dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel dependen dan variabel independen di perdesaan maupun di perkotaan. Selanjutnya, analisis multivariat regresi logistik biner dilakukan untuk menguji pengaruh beberapa variabel independen terhadap variabel dependen. Analisis ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap variabel dependen di tiap wilayah.

Kerangka pikir dalam analisis ini dapat dicermati pada Gambar 1. Variabel dependen pada studi ini adalah pemakaian kontrasepsi di wilayah perdesaan dan perkotaan, sedangkan variabel independen yang digunakan mencakup faktor karakteristik sosial ekonomi dan demografi, faktor pengetahuan KB, dan faktor kepemilikan asuransi kesehatan. Variabel-variabel tersebut diambil dari pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner yang dikhususkan bagi wanita. Kategorisasi ulang variabel pada hasil survei PMA2020 dilakukan pada kajian ini dan disesuaikan dengan tujuan penelitian, baik dalam skala pengukuran nominal (variabel faktor pengetahuan KB dan kepemilikan asuransi) maupun ordinal (variabel faktor karakteristik sosial ekonomi demografi).

Gambar 1. Kerangka pikir analisis



¹ Survei dilakukan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan John Hopkins University (JHU), Universitas Gajah Mada (UGM),

Universitas Hasanuddin (UNHAS), dan Universitas Sumatera Utara (USU)

KARAKTERISTIK DEMOGRAFI, SOSIAL DAN EKONOMI WANITA PUS DI PERKOTAAN DAN DI PERDESAAN

Tabel 1 memperlihatkan distribusi persentase wanita PUS yang tinggal di wilayah perdesaan dan perkotaan menurut umur, jumlah anak atau paritas, dan status sosial ekonomi, seperti tingkat pendidikan dan kekayaan. Secara umum, proporsi kelompok umur wanita PUS di wilayah perdesaan maupun perkotaan relatif sama, yaitu sekitar 18 persen wanita berumur 25-44 tahun dan sekitar 5-6 persen wanita pada kelompok umur remaja (15-24 tahun).

Tabel 1. Distribusi persentase wanita PUS di perkotaan dan perdesaan menurut karakteristik demografi, sosial, dan ekonomi

Variabel	Kategori	Perkotaan		Perdesaan	
		n	%	n	%
Umur	15-19	58	1,4	100	2,6
	20-24	347	8,7	411	10,5
	25-29	611	15,3	646	16,5
	30-34	844	21,1	729	18,7
	35-39	840	21,0	779	19,9
	40-44	761	19,0	714	18,3
	45-49	534	13,4	527	13,5
Jumlah anak	0	280	7,0	239	6,1
	1-2	2503	62,7	2441	62,6
	3-4	1060	26,5	976	25,0
	5+	151	3,8	243	6,2
Pendidikan	Tidak sekolah-SD	1069	26,8	1890	48,4
	SMP-SMA	2410	60,3	1749	44,8
	ACAD-UNIV	517	12,9	268	6,9
Tingkat Kekayaan	Rendah	708	17,7	1955	50,0
	Sedang	784	19,6	900	23,0
	Tinggi	2504	62,7	1053	26,9
Jumlah		3996	100	3907	100

Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Jika dilihat dari jumlah anak yang dimiliki oleh wanita PUS, persentase antara wilayah perdesaan dan perkotaan tidak jauh berbeda. Proporsi wanita PUS tertinggi (sekitar 63 persen) memiliki 1-2 anak, baik di perdesaan maupun di perkotaan. Dapat dilihat bahwa rata-rata jumlah anak wanita PUS di perdesaan sudah sesuai dengan program BKKBN yaitu “dua anak cukup”. Adapun wanita PUS yang memiliki anak di atas lima orang di perdesaan sebesar enam persen, hampir dua kali lipat lebih banyak dibanding wanita PUS yang tinggal di perkotaan.

² Tingkat kekayaan dalam survei PMA2020 dihitung melalui pengukuran komposit yang diuji dengan *Principal Components Analysis* (PCA) dari beberapa indikator kekayaan secara kumulatif, termasuk kepemilikan rumah tangga terhadap aset terpilih, seperti televisi, radio, mobil, dan

Untuk faktor sosial ekonomi seperti tingkat pendidikan dan tingkat kekayaan, terlihat adanya perbedaan antara wanita PUS di perdesaan dan di perkotaan. Sebanyak 60 persen wanita PUS di perkotaan memiliki jenjang pendidikan terakhir SMP hingga SMA. Sementara yang berpendidikan sampai akademi atau universitas hanya sebesar 13 persen. Sebaliknya, proporsi wanita PUS di perdesaan yang berpendidikan SD ke bawah sebesar 48 persen dan berpendidikan SMP-SMA sebesar 45 persen. Kondisi ini menunjukkan masih rendahnya tingkat pendidikan wanita PUS di perdesaan dibanding perkotaan.

Untuk status ekonomi yaitu tingkat kekayaan² wanita PUS di perkotaan tidak banyak ditemukan hal baru. Seperti lazimnya, proporsi paling banyak wanita PUS di perkotaan berada pada tingkat kekayaan tinggi sebesar 63 persen. Sedangkan di perdesaan meskipun sebagian besar berada pada kuintil kekayaan rendah sebesar 50 persen, namun proporsi wanita PUS di perdesaan yang status ekonomi sedang dan tinggi hampir berimbang. Jika dibandingkan, wanita PUS dengan tingkat kekayaan tinggi lebih banyak sebesar 4 persen dibanding tingkat kekayaan sedang.

Sumber pengetahuan KB wanita PUS di perkotaan dan di perdesaan

Sumber pengetahuan KB adalah informasi KB yang diperoleh wanita PUS baik di perdesaan maupun di perkotaan. Sumber informasi tersebut meliputi (i) kunjungan petugas kesehatan atau kader yang membicarakan tentang KB; (ii) kunjungan wanita PUS ke fasilitas kesehatan dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan yang ada di sana; serta (iii) informasi KB yang didengar dari salah satu media, misalnya televisi, radio maupun media cetak, seperti majalah dan koran.

Informasi Tabel 2 menunjukkan bahwa sembilan dari sepuluh wanita PUS baik di perdesaan maupun di perkotaan menyatakan tidak pernah mendapatkan kunjungan dari petugas atau kader kesehatan yang membicarakan tentang KB. Artinya sosialisasi melalui program KIE (komunikasi, informasi, edukasi) di lapangan tidak berjalan. Padahal, kunci utama peningkatan prevalensi KB berada pada sosialisasi melalui KIE di lini bawah.

sepeda; kepemilikan hewan ternak; bahan yang digunakan untuk pembangunan perumahan (atap, lantai, dinding); jenis fasilitas sanitasi. Selanjutnya, studi ini melakukan *recode*/kategorisasi ulang variabel tingkat kekayaan ke dalam tiga kelompok, yaitu rendah, sedang, dan tinggi.

Di sisi lain, delapan dari 10 wanita PUS baik di perdesaan maupun di perkotaan tidak pernah mengunjungi fasilitas kesehatan dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan. Artinya, program KIE tidak hanya bisa mengandalkan petugas lapangan atau kader yang berada di lapangan, tetapi juga harus bermitra dengan petugas kesehatan seperti dokter, bidan, dan perawat, terutama yang berada di fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit.

Tabel 2. Distribusi persentase wanita PUS di perkotaan dan perdesaan menurut sumber pengetahuan KB

Variabel	Kategori	Perkotaan		Perdesaan	
		n	%	n	%
Kunjungan petugas kesehatan yang membicarakan tentang KB.	Ya	300	7,5	391	10,0
	Tidak	3696	92,5	3516	90,0
Kunjungan faskes dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan di faskes	Ya	673	16,8	752	9,3
	Tidak	3323	83,2	3155	80,7
Mendengar KB dari salah satu media (TV, Radio, Majalah/koran/media cetak lainnya)	Ya	2424	60,7	2108	54,0
	Tidak	1572	39,3	1799	46,0
Jumlah		3996	100	3907	100

Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Kondisi berbeda ditunjukkan pada sumber pengetahuan KB yang didapat dari media. Sekitar 60 persen wanita PUS di wilayah perkotaan menyatakan pernah memperoleh informasi KB dari salah satu media yaitu televisi, radio maupun majalah, koran atau media cetak lainnya. Sisanya sebanyak 40 persen wanita PUS tidak pernah mendapat informasi tentang KB. Angka ini cukup tinggi untuk wilayah perkotaan yang semua akses informasi lebih mudah didapatkan dibanding di wilayah perdesaan. Hal serupa terjadi di wilayah perdesaan, yang setengah dari jumlah wanita PUS pernah memperoleh KB dari salah satu media. Hal ini menunjukkan masyarakat di wilayah perdesaan semakin mudah mendapatkan akses informasi KB dari media-media seperti TV, radio dan media cetak.

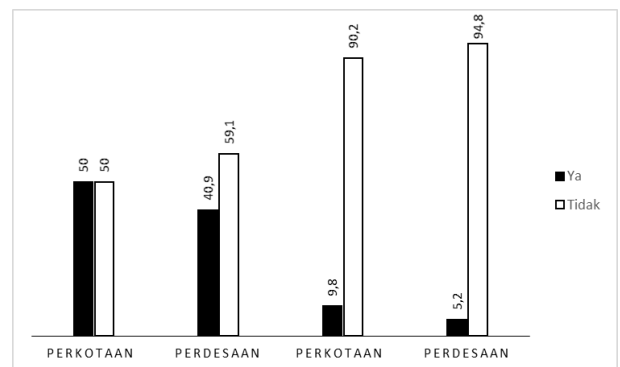
Kepemilikan asuransi kesehatan di wilayah perdesaan dan perkotaan

Kepemilikan asuransi atau jaminan kesehatan sangat berpengaruh terhadap terpenuhinya pelayanan kesehatan terutama KB bagi masyarakat di wilayah

perkotaan dan terutama di wilayah perdesaan. Sejak tahun 2014, Indonesia menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan yang bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia, termasuk pelayanan KB.

Dari Gambar 2 diperoleh informasi bahwa 50 persen wanita PUS di wilayah perkotaan belum memiliki kartu BPJS Kesehatan maupun yang mendapat jaminan kesehatan melalui skema Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah), atau Jamkesos (Jaminan Kesehatan Sosial). Di wilayah perdesaan, proporsi penerima jaminan kesehatan sejenis sedikit lebih besar, yaitu sebesar 59 persen. Lebih jauh lagi, baik di perdesaan maupun di perkotaan, masih banyak wanita PUS yang belum ditanggung asuransi kesehatan lain, seperti asuransi kesehatan swasta (90 persen di perkotaan, 95 persen di perdesaan).

Gambar 2. Distribusi persentase wanita PUS menurut tempat tinggal dan kepemilikan asuransi kesehatan

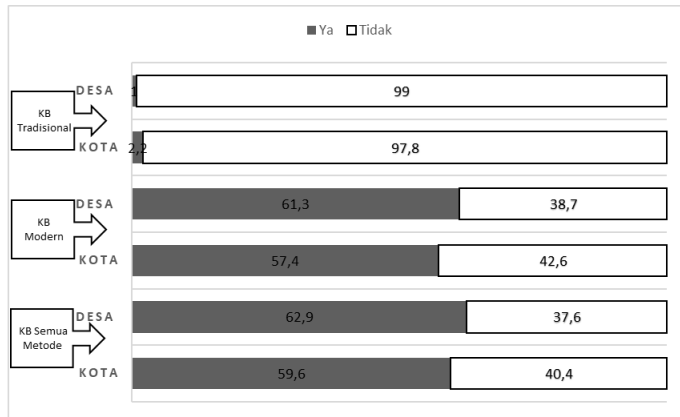


Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Pemakaian KB di wilayah perdesaan dan perkotaan

Pada umumnya pemakaian KB di perdesaan lebih kecil dibanding di perkotaan. Namun, pemakaian KB menurut tempat tinggal berdasarkan data survei PMA2020 Tahun 2015 menunjukkan hal yang berbeda dan menarik untuk dikaji lebih lanjut. Gambar 3 menunjukkan pemakaian KB untuk semua metode di perdesaan lebih tinggi dibanding di perkotaan (62 persen dibanding 60 persen). Sama halnya untuk metode KB modern, proporsinya lebih tinggi di perdesaan dibanding di perkotaan dengan selisih empat persen. Sebaliknya, pemakaian KB tradisional di perkotaan lebih tinggi dibanding di perdesaan. Gambaran pemakaian KB di perdesaan dan perkotaan sesuai dengan gambaran karakteristik demografi, sosial, dan ekonomi menunjukkan adanya peningkatan status sosial dan ekonomi wanita PUS di daerah perdesaan.

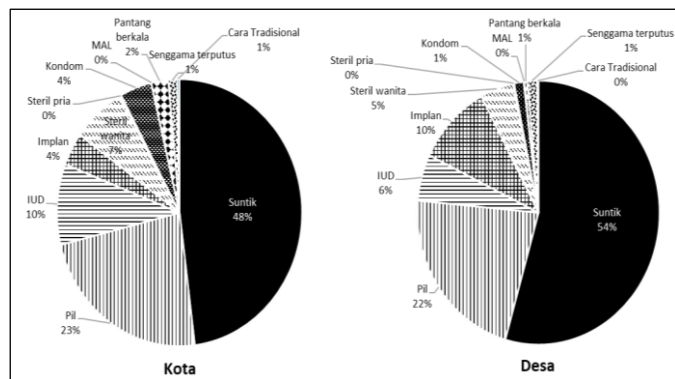
Gambar 3. Distribusi persentase wanita PUS menurut tempat tinggal dan pemakaian KB



Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Jika dilihat lebih detail pada Gambar 4, metode KB suntik dan pil tetap menjadi primadona bagi wanita PUS, baik di perdesaan maupun di perkotaan. Sementara itu, metode jangka panjang, seperti IUD dan sterilisasi, lebih banyak digunakan oleh wanita PUS di daerah perkotaan. Sebaliknya, untuk KB implan lebih banyak digunakan wanita PUS di wilayah perdesaan. Untuk metode KB tradisional, khususnya pantang berkala, lebih banyak digunakan di daerah perkotaan dari pada di daerah perdesaan. Hal ini menunjukkan fenomena pemakaian KB tradisional di wilayah perkotaan yang cenderung meningkat dan lebih tinggi dibanding di wilayah perdesaan.

Gambar 4. Distribusi persentase wanita PUS menurut metode pemakaian KB



Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Pemakaian KB menurut karakteristik wanita PUS di wilayah perdesaan dan perkotaan

Tabel 3 menunjukkan pola pemakaian KB di perdesaan dan perkotaan berdasarkan karakteristik wanita PUS seperti umur, jumlah anak, tingkat pendidikan, dan tingkat kekayaan. Persentase wanita PUS yang memakai kontrasepsi tertinggi pada kelompok umur 30-34 tahun, baik di perkotaan maupun di perdesaan (23 persen di perkotaan, 20 persen di perdesaan). Jika dilihat dari

jumlah anak, proporsi wanita PUS yang ber-KB di perkotaan mempunyai 1-2 anak (64 persen) sedikit lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan (67 persen). Perbedaan proporsi penggunaan KB untuk wanita PUS dengan jumlah anak yang besar juga tidak terlampau jauh perbedaannya antara wilayah perdesaan dan perkotaan.

Tabel 3. Distribusi persentase wanita PUS yang ber-KB menurut karakteristik demografi, sosial dan ekonomi

Variabel	Kategori	Pakai KB			
		Perkotaan		Perdesaan	
		n	%	n	%
Umur	15-19	31	1,3	50	2,1
	20-24	200	8,4	241	9,9
	25-29	356	14,9	404	16,6
	30-34	545	22,9	495	20,3
	35-39	509	21,4	537	22
	40-44	482	20,2	455	18,7
Jumlah anak	45-49	259	10,9	255	10,5
	0	10	0,4	16	0,7
	1-2	1512	63,5	1632	67
	3-4	761	31,9	679	27,9
	5+	99	4,2	110	4,5
Pendidikan	Tidak sekolah-SD	683	28,7	1186	48,7
	SMP SMA	1457	61,2	1125	46,2
	ACAD-UNIV+	242	10,2	125	5,1
Tingkat Kekayaan	Rendah	447	18,8	1170	48,0
	Sedang	498	20,9	584	24,0
	Tinggi	1437	60,3	683	28,0
BPJS Kesehatan	Ya	1234	51,8	986	40,5
	Tidak	1148	47,8	1450	59,5
Asuransi kesehatan lain	Ya	200	8,4	141	5,8
	Tidak	2182	89,6	2296	94,2
Jumlah		2382	100	2437	100

Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Di wilayah perkotaan, pemakaian KB meningkat seiring dengan meningkatnya status pendidikan wanita PUS. Hanya saja pemakaian kontrasepsi menurun kembali pada wanita PUS dengan tingkat pendidikan paling tinggi yaitu akademi atau universitas. Jika dibandingkan dengan di perdesaan, angka pemakaian kontrasepsi tertinggi berada pada kelompok wanita PUS yang tidak sekolah ataupun hanya tamat SD (49 persen). Proporsinya sedikit menurun pada kelompok wanita PUS tamatan SMP dan SMA (46 persen) dan semakin menurun menjadi lima persen pada kelompok wanita dengan tingkat pendidikan akademi atau universitas. Persentase ini bahkan dua kali lebih kecil dibanding di perkotaan.

Selanjutnya, pemakaian kontrasepsi di wilayah perkotaan juga meningkat seiring dengan peningkatan status ekonomi wanita PUS. Seperti yang terlihat di

Tabel 3, sekitar 60 persen wanita yang menggunakan KB berada pada status ekonomi tinggi, sedangkan pemakaian kontrasepsi terendah berada pada wanita dengan status ekonomi rendah. Sementara itu, pola pemakaian kontrasepsi berdasarkan status ekonomi di wilayah perdesaan menunjukkan kondisi sebaliknya. Sekitar 48 persen wanita yang memakai KB di perdesaan berada pada status ekonomi yang rendah, sedangkan proporsi pemakaian kontrasepsi terendah berada pada wanita dengan status ekonomi tinggi.

Jika dilihat dari kepemilikan kartu BPJS termasuk Jamkesmas dan Jamkesda, proporsi wanita PUS yang paling banyak menggunakan KB justru wanita PUS yang tidak memiliki kartu BPJS termasuk Jamkesmas dan Jamkesda, serta kepemilikan asuransi kesehatan lainnya, baik di perkotaan (91,6 persen) maupun di perdesaan (59,5 persen). Temuan ini cukup menarik dan mungkin berhubungan dengan program KB *mobile* yang seluruh pelayanannya gratis bagi siapapun.

HUBUNGAN PEMAKAIAN KB DAN BEBERAPA VARIABEL (KARAKTERISTIK DEMOGRAFI, SOSIAL, EKONOMI, SUMBER PENGETAHUAN KB, DAN KEPEMILIKAN ASURANSI KESEHATAN

Uji *Pearson chi-square* digunakan untuk menguji hubungan antara variabel dependen dan variabel independen, baik di perdesaan maupun di perkotaan. Analisis ini digunakan untuk memilih variabel yang akan dimasukkan dalam analisis multivariat. Hasil analisis terlihat pada Tabel 4 dan Tabel 5 di wilayah perkotaan dan perdesaan.

Wilayah perkotaan

Hasil analisis bivariat di wilayah perkotaan menunjukkan bahwa hubungan antara umur wanita PUS dan pemakaian kontrasepsi berbentuk menyerupai U terbalik. Wanita PUS usia 30-44 tahun memiliki kecenderungan untuk memakai kontrasepsi dibanding wanita PUS berusia kurang dari 30 tahun dan lebih dari 44 tahun (Tabel 4).

Jumlah anak wanita PUS memiliki hubungan linier dengan pemakaian kontrasepsi. Hal ini sesuai dengan studi dari Choe & Tsuya (1991) yang menemukan bahwa perilaku penggunaan kontrasepsi wanita lebih bergantung pada jumlah anak yang dimiliki seorang wanita. Hasil analisis menunjukkan semakin banyak anak yang dimiliki, semakin besar peluang wanita menggunakan kontrasepsi. Akan tetapi, ketika jumlah anak sudah lima ke atas, peluang untuk memakai kontrasepsi menurun kembali.

Tabel 4. Hubungan pemakaian KB dengan karakteristik demografi, sosial ekonomi, sumber pengetahuan, dan kepemilikan asuransi kesehatan di wilayah perkotaan

Variabel Independen	Pakai KB			Jumlah Wanita PUS (N)	χ^2	p
	Ya	Tidak	Total			
Umur Wanita PUS						
15-19	54.4	45.6	100	57	42.099	0.000
20-24	57.6	42.4	100	347		
25-29	58.3	41.7	100	611		
30-34	64.5	35.5	100	845		
35-39	60.5	39.5	100	841		
40-44	63.3	36.7	100	761		
45-49	48.5	51.5	100	534		
Jumlah anak						
Tidak punya anak	3.6	96.4	100	280	433.093	0.000
1-2	60.4	39.6	100	2504		
3-4	71.8	28.2	100	1060		
5+	65.1	34.9	100	152		
Tingkat Pendidikan						
Tidak sekolah-SD	63.9	36.1	100	39	44.542	0.000
SMP SMA	60.5	39.5	100	2410		
Academi/Univ+	46.8	53.2	100	517		
Tingkat Kekayaan						
Rendah	63.1	36.9	100	708	13.768	0.001
Sedang	63.5	36.5	100	784		
Tinggi	57.4	42.6	100	2504		
Kunjungan petugas/kader kesehatan membicarakan tentang KB						
Ya	66.7	33.3	100	300	6.709	0.010
Tidak	59	41	100	3696		
Kunjungan ke faskes dan membicarakan KB dengan petugas						
Ya	68.6	31.4	100	673	27.459	0.000
Tidak	57.8	42.2	100	3323		
mendengar informasi KB dari media						
Ya	60.8	39.2	100	2424	3.430	0.064
Tidak	57.8	42.2	100	1572		
Kepemilikan BPJS						
Ya	61.7	38.3	100	1999	7.578	0.006
Tidak	57.5	42.5	100	1998		
Kepemilikan asuransi kesehatan lain						
Ya	51.0	49.0	100	392	13.318	0.000
Tidak	60.5	39.5	100	3604		
Total	40.4	59.6	100	3996		

Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Variabel tingkat pendidikan wanita PUS menunjukkan hubungan yang kuat dengan pemakaian kontrasepsi (Tabel 4). Data menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi meningkat seiring dengan peningkatan pendidikan wanita hingga SMA. Kemungkinan hal ini disebabkan semakin berpendidikan wanita maka semakin baik pula pengetahuan kesehatannya. Artinya, tingkat pendidikan wanita secara umum sangat berhubungan dengan peran wanita dalam membuat keputusan terkait perawatan kesehatannya (Caldwell,

1986). Selain itu, Senarath & Gunawardena (2009) mengungkapkan bahwa pendidikan wanita dan partisipasinya dalam pengambilan keputusan untuk ber-KB berpengaruh positif terhadap pemakaian kontrasepsi. Namun, pemakaian kontrasepsi kembali menurun pada wanita tamatan akademi atau universitas, dan bahkan lebih kecil dibanding mereka yang tidak bersekolah. Situasi ini menandakan sasaran program KB, terutama di wilayah perkotaan, harus lebih memperhatikan wanita PUS yang tingkat pendidikannya sudah tinggi. Program KB yang dilakukan selama ini kemungkinan hanya berfokus pada wanita PUS berpendidikan rendah agar mendapatkan akses dan layanan terhadap program KB. Sementara itu, untuk wanita PUS yang berpendidikan tinggi sedikit diabaikan. Data juga memperlihatkan di antara semua wanita PUS yang tidak ber-KB, proporsi terbesar pada wanita dengan tingkat pendidikan tinggi.

Dari hasil analisis juga ditemukan hal yang menarik bahwa tingkat kekayaan memiliki hubungan yang kuat dan negatif terhadap pemakaian kontrasepsi di wilayah perkotaan. Semakin tinggi tingkat kekayaan wanita PUS, semakin rendah tingkat partisipasi mereka untuk ber-KB. Hal ini berbeda dengan hasil studi lainnya yang menyatakan bahwa wanita Indonesia dengan tingkat kekayaan tinggi memperlihatkan tingginya pemakaian kontrasepsi (Schoemaker, 2005). Jika dilihat dari nilai *chi square*, hubungan antara pemakaian kontrasepsi dan jumlah anak wanita lebih kuat dibanding hubungan antara pemakaian kontrasepsi dan tingkat pendidikan, umur dan tingkat kekayaan wanita PUS.

Sumber pengetahuan KB wanita PUS dari kunjungan petugas kesehatan/kader yang membicarakan KB, serta kunjungan wanita ke fasilitas kesehatan dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan di fasilitas kesehatan menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik dengan pemakaian kontrasepsi. Kondisi ini sesuai dengan kesimpulan studi Arends-Kuenning (2001) di Bangladesh yang menyatakan kunjungan petugas KB memengaruhi pemakaian kontrasepsi dengan mengurangi waktu dan biaya daripada melalui dukungan atau bujukan. Hasil analisis ini menunjukkan bahwa wanita PUS di perkotaan yang mendapat kunjungan petugas kesehatan/kader dan membicarakan KB, serta yang mengunjungi fasilitas kesehatan dan berbicara KB memiliki peluang lebih besar untuk memakai KB dibanding yang tidak pernah dikunjungi petugas dan mengunjungi fasilitas kesehatan. Untuk sumber pengetahuan lain, meskipun sebagian besar wanita PUS yang pernah memperoleh informasi KB dari salah satu media baik televisi, radio ataupun media cetak berpeluang besar untuk ber-KB, namun data menunjukkan variabel ini tidak signifikan secara statistik sehingga variabel ini tidak akan dimasukkan dalam analisis multivariat.

Kepemilikan asuransi BPJS Kesehatan, termasuk Jamkesmas/Jamkesda, dan asuransi kesehatan lain di wilayah perkotaan memiliki hubungan kuat dengan pemakaian kontrasepsi dan signifikan secara statistik. Pemakaian KB wanita PUS yang memiliki kartu BPJS Kesehatan (termasuk Jamkesmas atau Jamkesda), lebih tinggi sekitar empat persen dibanding yang tidak memiliki kartu BPJS Kesehatan (termasuk Jamkesmas/Jamkesda). Di lain pihak, pemakaian KB wanita PUS yang memiliki asuransi kesehatan lainnya lebih rendah dibanding yang memiliki asuransi kesehatan selain BPJS.

Wilayah perdesaan

Hasil analisis bivariat di wilayah perdesaan tidak banyak menunjukkan perbedaan dengan wilayah perkotaan (Tabel 5). Pola hubungan antara umur wanita PUS dan pemakaian kontrasepsi di wilayah perdesaan sama dengan di wilayah perkotaan. Pemakaian KB meningkat seiring dengan bertambahnya umur wanita sampai usia 44 tahun, tetapi kemudian menurun pada usia tua 45-49 tahun saat mendekati menopause. Wanita PUS yang memakai KB paling banyak berumur 35-39 tahun. Berbeda dengan di wilayah perkotaan, proporsi terbesar wanita PUS yang memakai KB berada pada usia 30-34 tahun.

Pola hubungan antara jumlah anak dan pemakaian kontrasepsi di wilayah perdesaan sama dengan di wilayah perkotaan. Pemakaian kontrasepsi terbanyak pada wanita dengan jumlah anak 3-4 orang. Namun, hampir 55 persen wanita yang memiliki jumlah anak banyak tidak ber-KB. Hal ini tentunya menjadi perhatian khusus, karena jika wanita PUS dengan jumlah anak besar tidak memakai kontrasepsi, kondisi ini akan berkontribusi terhadap tingginya angka TFR di perdesaan, terutama ketika usia wanita PUS tersebut masih di bawah 35 tahun.

Hubungan antara tingkat pendidikan dan pemakaian kontrasepsi di wilayah perdesaan menunjukkan pola yang sama dengan di perkotaan. Pola hubungan yang terjadi berbentuk U terbalik yaitu pemakaian kontrasepsi meningkat seiring dengan tingkat pendidikan hingga SMA namun menurun pada wanita dengan tingkat pendidikan akademi/universitas. Sementara itu, untuk yang tidak ber-KB, paling banyak ditemukan pada wanita PUS yang tidak sekolah (59 persen). Kondisi ini berbeda dengan di perkotaan sebab wanita yang tidak ber-KB paling banyak ditemukan pada mereka yang berpendidikan tinggi.

Tabel 5. Hubungan pemakaian KB dengan karakteristik demografi, sosial ekonomi, sumber pengetahuan dan kepemilikan asuransi kesehatan di wilayah perdesaan

Variabel Independen	Pakai KB			Jumlah Wanita PUS (N)	χ^2	p
	Ya	Tidak	Total			
Umur Wanita PUS						
15-19	50	50	100	100	77.169	0.000
20-24	58.6	41.4	100	347		
25-29	62.5	37.5	100	646		
30-34	67.9	32.1	100	729		
35-39	68.9	31.1	100	779		
40-44	63.6	36.4	100	715		
45-49	48.4	51.6	100	527		
Jumlah anak						
Tidak punya anak	6.7	93.3	100	239	388.658	0.000
1-2	66.8	33.2	100	2442		
3-4	69.6	30.4	100	976		
5+	45.3	54.7	100	243		
Tingkat Pendidikan						
Tidak sekolah-SD	63.5	36.5	100	124	57.973	0.000
SMP SMA	64.3	35.7	100	1749		
Academi/Univ+	46.6	53.4	100	268		
Tingkat Kekayaan						
Rendah	59.8	40.2	100	1955	10.523	0.005
Sedang	64.9	35.1	100	900		
Tinggi	64.9	35.1	100	1035		
Kunjungan petugas/kader kesehatan membicarakan tentang KB						
Ya	58.6	41.4	100	391	2.647	0.104
Tidak	62.8	37.2	100	3516		
Kunjungan ke faskes dan membicarakan KB dengan petugas						
Ya	65.9	34.1	100	753	4.897	0.027
Tidak	61.5	38.5	100	3155		
mendengar informasi KB dari media						
Ya	63	37	100	2109	0.841	0.359
Tidak	61.6	38.4	100	1799		
Kepemilikan BPJS						
Ya	61.7	38.3	100	1598	0.483	0.487
Tidak	62.8	37.2	100	2309		
Kepemilikan asuransi kesehatan lain						
Ya	69.8	30.2	100	202	5.006	0.025
Tidak	62.0	38.0	100	3705		
Total	37.6	62.4	100	3908		

Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Sumber pengetahuan yang didapat dari kunjungan petugas/kader kesehatan yang membicarakan KB dan memperoleh informasi KB dari salah satu media tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemakaian KB di wilayah perdesaan. Hanya kunjungan ke fasilitas kesehatan dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan di fasilitas kesehatan yang berhubungan signifikan secara statistik dengan pemakaian kontrasepsi. Selanjutnya, kepemilikan kartu BPJS memiliki hubungan tidak signifikan dengan pemakaian kontrasepsi di perdesaan, sedangkan asuransi kesehatan lain berhubungan signifikan dengan pemakaian kontrasepsi. Hubungan antara kedua variabel tersebut tampak lebih kuat di perkotaan dibanding di perdesaan.

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI PEMAKAIAN KONTRASEPSI DI WILAYAH PERKOTAAN DAN PERDESAAN

Hasil analisis bivariat menunjukkan hubungan antara masing-masing variabel independen dan variabel dependen. Pada kenyataannya, variabel independen bekerja secara simultan dalam memengaruhi variabel dependen, yaitu pemakaian kontrasepsi. Oleh karena itu, analisis multivariat dibutuhkan untuk menguji pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.

Variabel dependen pada studi ini berbentuk kategori yang terbagi atas dua kelompok (memakai kontrasepsi dan tidak memakai kontrasepsi), juga disebut dengan variabel dikotomi. Menurut Agresti (1996) dan Pallant (2007), metode analisis multivariat yang paling sesuai untuk variabel dikotomi adalah regresi logistik biner. Analisis ini tidak membutuhkan asumsi variabel mengikuti distribusi normal, seperti kebanyakan metode dalam analisis multivariat lain (Hosmer & Lemeshow, 1989). Penelitian ini menghasilkan *odds ratio* atau rasio kecenderungan dari sebuah kategori dibandingkan dengan kategori referensi. Dalam penelitian ini, kelompok kategori terakhir dipilih sebagai kelompok kategori referensi. Tabel 6 dan Tabel 7 memperlihatkan hasil analisis multivariat yang digunakan di wilayah perkotaan dan perdesaan.

Wilayah perkotaan

Tabel 6 menunjukkan hasil regresi logistik biner dari faktor-faktor yang memengaruhi pemakaian kontrasepsi di wilayah perkotaan. Analisis ini dapat mengidentifikasi faktor utama yang berpotensi memengaruhi pemakaian KB di perkotaan. Dari delapan variabel, hanya empat variabel yang signifikan secara statistik dalam korelasinya dengan keikutsertaan wanita PUS menjadi akseptor KB di perkotaan yaitu umur wanita PUS, jumlah anak, tingkat pendidikan, serta kunjungan ke fasilitas kesehatan dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan.

Semua kategori pada variabel umur wanita PUS di wilayah perkotaan signifikan secara statistik terhadap pemakaian kontrasepsi. Semakin muda usia wanita, semakin besar peluang mereka untuk memakai kontrasepsi. Kondisi ini terlihat dari nilai rasio kecenderungan seperti yang terlihat pada Tabel 6. Wanita PUS muda berusia 15-19 tahun cenderung berpeluang 11 kali lebih besar untuk memakai kontrasepsi dibandingkan dengan wanita PUS tua yang berumur 45-49 tahun.

Tabel 6. Pengaruh karakteristik demografi, sosial ekonomi, sumber pengetahuan KB, dan kepemilikan asuransi kesehatan terhadap pemakaian kontrasepsi di wilayah perkotaan

Variabel independen	(β)	(SE)	(Exp (β))
Umur wanita PUS			
15-19*	2,402	0,449	11,050
20-24*	1,267	0,170	3,549
25-29*	0,952	0,138	2,590
30-34*	1,028	0,127	2,794
35-39*	0,709	0,121	2,032
40-44*	0,693	0,122	2,000
45-49			1,000
Jumlah Anak			
0*	-4,580	0,393	0,010
1-2*	-0,567	0,189	0,567
3-4*	0,187	0,190	1,205
5+			1,000
Tingkat pendidikan			
Tidak sekolah-SD*	0,511	0,127	1,668
SMP SMA*	0,391	0,109	1,478
Academi/Univ			1,000
Tingkat Kekayaan			
Rendah	0,122	0,102	1,130
Sedang	0,226	0,095	1,254
Tinggi			1,000
Kunjungan petugas/kader kesehatan membicarakan tentang KB			
Ya	-0,086	0,137	0,917
Tidak			1,000
Kunjungan ke faskes dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan			
Ya*	-0,345	0,098	0,708
Tidak			1,000
Kepemilikan BPJS(+jamkesmas, jamkesda)			
Ya	-0,163	0,071	0,849
Tidak			1,000
Kepemilikan asuransi kesehatan lain			
Ya	0,232	0,118	1,262
Tidak			1,000

*Variabel yang signifikan secara statistik $\alpha=0,005$ (CI=95%)
 Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Selanjutnya, terdapat tiga kategori yang signifikan secara statistik dalam variabel jumlah anak, yaitu kategori wanita PUS yang tidak memiliki anak, wanita PUS yang memiliki 1-2 anak, dan wanita PUS yang memiliki 3-4 anak. Rasio kecenderungan wanita PUS yang tidak memiliki anak di perkotaan sebesar 0,010. Dengan kata lain, jika dibandingkan dengan wanita PUS yang memiliki jumlah anak lebih dari lima orang, wanita PUS yang tidak punya anak memiliki peluang 0,01 kali untuk menggunakan KB. Sementara itu, wanita PUS

yang memiliki 1-2 anak di perkotaan memiliki peluang yang sedikit lebih besar yaitu 0,5 kali untuk memakai KB dibanding wanita dengan jumlah anak lebih dari lima orang. Selanjutnya, wanita PUS dengan 3-4 anak memiliki peluang 1,2 kali lebih besar untuk memakai KB dibanding mereka dengan jumlah anak lebih dari lima orang.

Berdasarkan tingkat pendidikan, terdapat dua kategori yang signifikan secara statistik, yaitu wanita PUS yang dengan tingkat pendidikan SD ke bawah dan SMP-SMA. Menariknya, wanita PUS di perkotaan yang berpendidikan rendah (SD ke bawah) berpeluang 1,7 kali untuk memakai KB dibanding wanita PUS tamatan akademi atau universitas. Wanita PUS yang tingkat pendidikannya hingga SMP-SMA berpeluang 1,4 kali lebih kecil untuk ber-KB dibanding mereka dengan tingkat pendidikan akademi dan universitas.

Kunjungan wanita PUS ke fasilitas kesehatan dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan signifikan secara statistik dengan rasio kecenderungan 0,7 kali untuk memakai KB dibanding wanita yang tidak pernah mengunjungi fasilitas kesehatan dan tidak berbicara tentang KB dengan petugas kesehatan di fasilitas kesehatan. Selanjutnya, tingkat kekayaan, kunjungan petugas atau kader kesehatan yang membicarakan KB, kepemilikan asuransi kesehatan BPJS (Jamkesmas dan Jamkesda) serta asuransi kesehatan lain tidak signifikan secara statistik memengaruhi pemakaian KB di perkotaan.

Wilayah perdesaan

Tabel 7 menunjukkan hasil regresi logistik biner dari faktor-faktor yang memengaruhi pemakaian kontrasepsi di wilayah perdesaan. Dari enam variabel yang dianalisis, hanya empat variabel yang signifikan secara statistik memengaruhi pemakaian KB di wilayah perdesaan, yaitu umur wanita PUS, jumlah anak, tingkat pendidikan, dan tingkat kekayaan. Di wilayah perkotaan, kelompok umur berpengaruh signifikan terhadap pemakaian KB pada semua kategori, dengan rasio kecenderungan yang lebih besar untuk wanita PUS yang berusia 44 tahun ke bawah dibanding wanita PUS yang berusia 45-49 tahun.

Hasil analisis menunjukkan bahwa kunjungan wanita PUS ke fasilitas kesehatan dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan di fasilitas kesehatan tidak berpengaruh signifikan terhadap pemakaian kontrasepsi di perdesaan. Situasi berbeda ditunjukkan di wilayah perkotaan. Selain itu, sama halnya di perkotaan, kepemilikan kartu BPJS (Jamkesmas dan Jamkesda) dan asuransi kesehatan lain tidak berpengaruh signifikan terhadap pemakaian KB di daerah perdesaan.

Tabel 7. Pengaruh karakteristik demografi, sosial ekonomi, sumber pengetahuan KB, dan kepemilikan asuransi kesehatan terhadap pemakaian kontrasepsi di wilayah perdesaan

Variabel Independen	(β)	(SE)	(Exp (β))
Umur wanita PUS			
15-19*	1,808	0,334	6,101
20-24*	0,997	0,162	2,710
25-29*	0,868	0,137	2,382
30-34*	0,931	0,129	2,538
35-39*	0,887	0,123	2,429
40-44*	0,643	0,121	1,903
45-49			1,000
Jumlah anak			
Tidak punya anak*	-3,143	0,3 □ 4	0,043
1-2*	0,533	0,147	1,703
3-4*	0,837	0,151	2,310
5+			1,000
Tingkat pendidikan			
Tidak sekolah-SD*	0,810	0,149	2,247
SMP SMA*	0,723	0,145	2,060
Akademi/Univ+			1,000
Tingkat kekayaan			
Rendah*	-0,298	0,089	0,742
Sedang	0,050	0,104	1,051
Tinggi			1,000
Kunjungan ke faskes dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan			
Ya	-0,161	0,092	0,852
Tidak			1,000
Kepemilikan asuransi kesehatan lain			
Ya	-0,309	0,169	0,734
Tidak			1,000

*Variabel yang signifikan secara statistik $\alpha=0,005$ (CI=95%)
 Sumber: diolah dari data survei PMA2020 tahun 2015

Variabel jumlah anak menunjukkan hal serupa yaitu semua kategori berpengaruh signifikan terhadap pemakaian kontrasepsi. Wanita PUS yang tidak memiliki anak memiliki rasio kecenderungan 0,04 kali untuk menjadi akseptor KB dibanding wanita dengan jumlah anak di atas lima orang. Bagi wanita PUS dengan jumlah anak 1-2 orang dan 3-4 orang, mereka memiliki rasio kecenderungan menjadi akseptor KB masing-masing 1,7 dan 2,3 kali peluang wanita PUS dengan jumlah anak di atas lima orang.

Sama halnya dengan tingkat pendidikan di perkotaan, tingkat pendidikan berpengaruh signifikan terhadap pemakaian kontrasepsi di perdesaan dalam dua kategori. Wanita PUS tamatan SD ke bawah dan tamatan SMP-SMA memiliki rasio kecenderungan sebesar 2,3 dan 2,1 kali untuk memakai kontrasepsi dibanding wanita PUS pada jenjang pendidikan tertinggi. Sementara itu, peluang wanita PUS di perdesaan dengan status ekonomi rendah untuk memakai kontrasepsi 0,7 kali peluang mereka dengan status ekonominya tinggi. Situasi ini bertolak belakang dengan kondisi yang biasanya terjadi yaitu wanita PUS dengan status ekonomi tinggi berpeluang lebih besar untuk memakai KB dibanding mereka dengan status ekonomi rendah.

KESIMPULAN

Pemakaian kontrasepsi di wilayah perdesaan maupun perkotaan sangat erat hubungannya dengan karakteristik demografi dan sosial ekonomi di wilayah masing-masing. Program KKBPK (Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga) terutama KIE dan advokasi program harus merata antara wilayah perdesaan dan perkotaan. Intervensi program secara khusus dibutuhkan demi tercapainya target yang sudah ditetapkan di dalam rencana strategis BKKBN.

Hasil analisis data survei PMA2020 memperlihatkan bahwa karakteristik demografi dan sosial ekonomi, sumber pengetahuan, serta kepemilikan asuransi kesehatan berhubungan dengan pemakaian KB. Proporsi wanita PUS di perdesaan maupun di perkotaan, dilihat dari karakteristik demografi dan sosial ekonomi, tidak menunjukkan perbedaan yang mencolok. Jumlah anak dan tingkat pendidikan di perdesaan menunjukkan pola yang hampir sama dengan di perkotaan. Rata-rata jumlah anak yang dimiliki wanita PUS di perdesaan hampir sama dengan di perkotaan yaitu 1-2 orang, artinya sudah sesuai dengan program BKKBN yaitu “dua anak cukup”. Selain itu, proporsi wanita PUS yang tidak sekolah di perdesaan sangat kecil. Artinya masyarakat di perdesaan terutama wanita di perdesaan sudah mulai sadar akan pentingnya sekolah. Hal ini terlihat dari proporsi wanita yang berpendidikan tinggi hampir dua kali lipat dibanding proporsi mereka yang tidak bersekolah.

Temuan lain menunjukkan hampir 90 persen wanita PUS, baik di perdesaan maupun di perkotaan, tidak pernah mendapatkan kunjungan petugas atau kader kesehatan yang membicarakan tentang KB. Selain itu, sekitar 80 persen wanita PUS tidak pernah mengunjungi fasilitas kesehatan dan bahkan membicarakan tentang KB dengan petugas di fasilitas kesehatan. Namun, wanita PUS, baik di perdesaan maupun di perkotaan,

telah banyak mendapatkan informasi tentang KB, baik melalui televisi, radio, koran, majalah, dan media cetak lainnya. Situasi ini menunjukkan informasi KB melalui media dirasakan lebih efektif dan jangkauannya lebih merata. Agar pengetahuan ini berubah menjadi perilaku dalam ber-KB, perlu didukung dengan KIE yang intensif secara individu melalui petugas lapangan KB, kader, maupun petugas kesehatan.

Analisis bivariat menunjukkan variabel independen terpilih meliputi umur wanita, jumlah anak, tingkat pendidikan, tingkat kekayaan, sumber pengetahuan KB, dan kepemilikan asuransi kesehatan berhubungan kuat dan signifikan secara statistik terhadap pemakaian kontrasepsi, baik di wilayah perkotaan maupun perdesaan. Beberapa variabel yang tidak berhubungan signifikan secara statistik mencakup variabel sumber informasi KB melalui salah satu media seperti TV, radio dan media cetak di perdesaan dan perkotaan, serta kunjungan petugas/kader kesehatan yang membicarakan KB di perdesaan. Selain itu, kepemilikan BPJS Kesehatan (Jamkesmas dan Jamkesda) di perdesaan tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan pemakaian KB.

Temuan terkait adalah hubungan antara pemakaian kontrasepsi dan beberapa variabel, terutama variabel tingkat pendidikan dan ekonomi. Di antara semua wanita PUS yang tidak ber-KB di wilayah perkotaan, proporsi terbesar ditemui pada kelompok wanita dengan tingkat pendidikan tinggi. Selain itu, semakin tinggi tingkat kekayaan wanita PUS di perkotaan, semakin rendah pula tingkat partisipasi mereka dalam program KB. Hal ini kemungkinan terkait program KB di perkotaan, terutama program KIE KB, hanya berfokus pada wanita PUS dengan tingkat pendidikan dan status ekonomi rendah. Temuan di daerah perdesaan menunjukkan hampir 55 persen wanita PUS dengan jumlah anak banyak tidak ber-KB. Jika kelompok wanita ini tetap tidak memakai kontrasepsi, hal ini akan berkontribusi terhadap semakin tingginya angka TFR di perdesaan. Selain itu, pemakaian kontrasepsi di perdesaan meningkat seiring dengan peningkatan status ekonomi. Semakin kaya wanita PUS di perdesaan, semakin besar peluang mereka menggunakan KB. Kondisi ini juga mengindikasikan wanita kaya di perdesaan lebih berpeluang besar menggunakan KB dibanding di perkotaan.

Dari hasil analisis multivariat di masing-masing wilayah, beberapa faktor yang berpengaruh signifikan secara statistik terhadap pemakaian KB di wilayah perkotaan mencakup umur wanita PUS, jumlah anak, tingkat pendidikan, serta kunjungan ke fasilitas kesehatan dan membicarakan KB dengan petugas kesehatan. Sementara itu, faktor pengaruh yang signifikan secara

statistik memengaruhi pemakaian KB di wilayah perdesaan yaitu umur wanita PUS, jumlah anak, tingkat pendidikan, dan tingkat kekayaan. Hal ini mengindikasikan karakteristik demografi dan sosial ekonomi sangat erat kaitannya dengan pemakaian kontrasepsi, baik di perkotaan maupun di perdesaan. Hal ini akan bermanfaat terhadap pelaksanaan program KB di BKKBN, yaitu dalam setiap penyusunan strategi pencapaian program harus memperhatikan aspek aspek tersebut sehingga sasaran program lebih terarah dan lebih merata di wilayah masing-masing.

Sosialisasi melalui KIE program KKBPK harus lebih intensif, baik yang dilakukan secara personal oleh petugas lapangan KB, kader, dan petugas kesehatan maupun melalui media informasi yang dapat menjangkau seluruh wilayah. Strategi KIE lini lapangan yang tepat diperlukan untuk pencapaian program yang optimal. Tidak hanya itu, kepemilikan asuransi kesehatan seperti BPJS dan lainnya yang menjadi sumber pembiayaan pelayanan KB juga menjadi faktor yang tidak bisa diabaikan demi tercapainya jaminan kesehatan secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia, utamanya kelangsungan pemakaian KB dalam rangka pengendalian tingkat kelahiran.

DAFTAR PUSTAKA

- Adietomo, S.M, Kitting, A.S., & Taufik, S. (1989). *Fertility transition in Indonesia: Trend in proximate determinants of fertility*. Jakarta: Demographic Institute, Faculty of Economics, University of Indonesia & Population Council.
- Ananta, A., Lim, T., Molyneaux, J.W., & Kantner, A. (1992). Fertility determinants in Indonesia: A sequential analysis of the proximate determinants. *Majalah Demografi Indonesia*, 37, 1-26.
- Agresti, A. (1996). *An introduction to categorical data analysis*. New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Arends-Kuening, M. (2001). How do family planning workers visits affect women's contraceptive behavior in Bangladesh? *Demography*, 38(4), 481 - 496. doi: 10.2307/3088313
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN], Badan Pusat Statistik [BPS], Kementerian Kesehatan, & ICF International. (2013). *Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: BKKBN, BPS, Kemenkes, & ICF International.
- Badan Pusat Statistik [BPS]. (2016). *Profil penduduk Indonesia hasil Supas 2015*. Jakarta: BPS
- Caldwell, J.C. (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population Development Review*, 12(2), 171-220. doi:10.2307/1973108

- Choe, M.K. & Tsuya, N.O. (1991). Why do Chinese women practice contraception? The case of rural Jilin Province. *Studies in Family Planning*, 22(1), 39-51. doi: 10.2307/1966518
- Davis, K. & Blake, J. (1956). Social structure and fertility: An analytic framework. *Economic Development and Cultural Change*, 4(3), 211-235. doi: 10.1086/449714
- Frakenberg, E., Sikoki, B., & Suriastini, W. (2003). Contraceptive use in a changing service environment: Evidence from Indonesia during the economic crisis. *Studies in Family Planning*, 34(2), 103-116. doi: 10.1111/j.1728-4465.2003.00103.x
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Islam, M.M. & Rashid, M. (2004). Determinants of unintended pregnancy among ever-married woman in Bangladesh. *The Journal of Family Welfare*, 50(2), 40-47. Diakses dari <http://medind.nic.in/jah/t04/i2/jaht04i2p40g.pdf>
- John Hopkins University [JHU], BKKBN, UGM, UNHAS, & USU. (2016). *Draft full report PMA2020*. Jakarta: JHU, BKKBN, UGM, UNHAS, & USU.
- Joseph, M.M., (2007). *Intention to use contraception and subsequent contraceptive behavior* (Research Report). University of Witwatersrand, Johannesburg. Diakses dari http://wiredspace.wits.ac.za/bitstream/handle/10539/5014/FINAL_RESEARCHREPORT_MAUERIC_E.pdf?sequence=1
- Kohler, H. (1997). Learning in social networks and contraceptive choice. *Demography*, 34(3), 369-383. doi: 10.2307/3038290
- Merry, S.W.K. & Iswarati. (2013). *Karakteristik PUS muda dalam pemakaian kontrasepsi*. Jakarta: BKKBN.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 15) 3rd edition*. Sydney: Allen and Unwin.
- Rahman, M. (2012). Women's autonomy and unintended pregnancy among currently pregnant women in Bangladesh. *Maternal & Child Health Journal*, 16(6), 1206-1214. doi: 10.1007/s10995-011-0897-3
- Rajagukguk, W. (1999). *Faktor-faktor yang mempengaruhi penggantian kontrasepsi: Analisis data SDKI 1994* (Tesis Master). Universitas Indonesia, Depok.
- Samosir, O.B. (1994). *Contraceptive use in Indonesia* (Ph.D dissertation). University of Southampton, Southampton.
- Schoemaker, J. (2005). Contraceptive use among the poor in Indonesia. *International Family Planning Perspectives*, 31(3), 106-114. doi: 10.1363/ifpp.31.106.05
- Senarath, U. & Gunawardena, N.S. (2009). Women's autonomy in decision making for health care in South Asia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 21(2), 137-143. doi: 10.1177/1010539509331590
- Shah, I.H. (1994). Contraceptive transition in Asia. *Social Change*, 24(3&4), 118-126.
- Suyono, H. (1974). *The Adoption of an innovation in a developing country: The case of family planning in Indonesia*. Chicago: Community and Family Study Center, University of Chicago.
- Ullah, M.S. & Chakraborty, N. (1993). Factors affecting the use of contraception in Bangladesh: A multivariate analysis. *Asia-Pacific Population Journal*, 8(3), 19-30.

