

**PENGARUH SUMBER ALAT/CARA KB DAN FAKTOR
SOSIODEMOGRAFI TERHADAP KETIDAKLANGSUNGAN
PEMAKAIAN KONTRASEPSI DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SDKI 2007)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Sains**

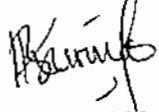
**KURNIATI BACHRUN
0706191335**



**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
KAJIAN KEPENDUDUKAN DAN KETENAGAKERJAAN
DEPOK
JULI 2009**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Kurniati Bachrun
NPM : 0706191335
Tanda tangan : 
Tanggal : 21 Juli 2009

LEMBAR PENGESAHAN


Tesis ini diajukan oleh :
 Nama : Kurniati Bachrun
 NPM : 0706191335
 Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
 Judul Tesis : Pengaruh Sumber Alat/Cara KB dan Faktor
 Sosiodemografi Terhadap Ketidaklangsungan
 Pemakaian Kontrasepsi di Indonesia (Analisis
 Data SDKI 2007)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Program Pasca Sarjana, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Dewan Penguji : Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D ()

Pembimbing : Omas Bulan Samosir, Ph.D ()

Pembimbing : Ir. Nurhadi Wiyono, M.Si ()

Penguji : DR. Sunaryo Urip ()

Penguji : Ayke Soraya Kitting, SE, M.Sc ()



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2009

Universitas Indonesia

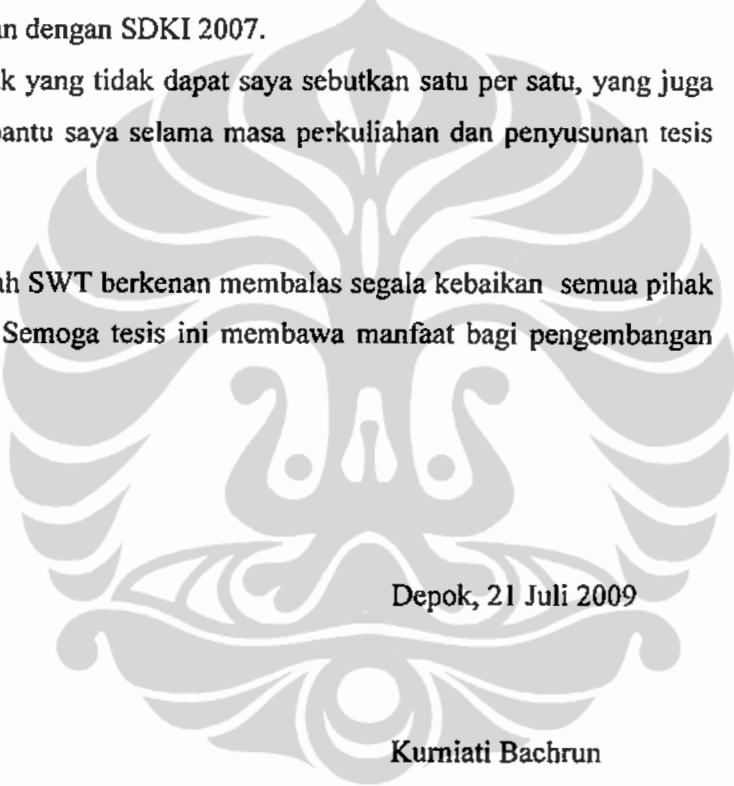
KATA PENGANTAR DAN UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas curahan berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains pada Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai dengan penyusunan tesis ini, sangat sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Omas Bulan Samosir, Ph.D, selaku dosen pembimbing pertama yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
2. Bapak Nurhadi Wiyono, M.Si, selaku dosen pembimbing kedua yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk memberikan masukan dan koreksi dalam penyusunan tesis ini.
3. Surya Atmaja, suami saya tercinta yang tiada henti memberikan semangat dan membantu saya selama masa perkuliahan dan penyusunan tesis ini. Juga untuk putra putriku tercinta, Rahma, Putri dan Tyo, yang selalu menyalakan semangat saya untuk segera menyelesaikan studi. Banyak waktu dan perhatian yang seharusnya saya curahkan kepada suami dan buah hati saya, tersita untuk menyelesaikan tesis ini, untuk itu saya dedikasikan tesis ini kepada suami dan anak-anak saya tercinta, terima kasih Papi, tanpamu saya tidak akan bisa menuliskan ucapan ini dalam tesis saya, terima kasih Rahma, Putri dan Tyo, kalian semangat hidup Ibu.
4. Kedua orang tua saya yang tiada henti mendoakan kelancaran dan keberhasilan saya dan selalu memberi semangat untuk terus maju.. Terima kasih juga saya sampaikan kepada bapak dan ibu mertua saya yang selalu mendukung dan mendoakan kelancaran studi saya dan sangat banyak membantu menjaga dan merawat anak-anak disaat saya sangat sibuk menyelesaikan tesis ini

5. Teman-teman seperjuangan di S2KK angkatan 2007, yang telah banyak membantu saya selama masa perkuliahan hingga penyusunan tesis ini. Ucapan terima kasih secara khusus saya tujukan kepada teman saya Suharsa yang sangat berjasa membantu saya dalam proses pengolahan data kalender SDKI 2007. Terima kasih Harsa, tanpa bantuanmu tesis ini tidak akan selesai tepat waktu.
6. Mas Ato' yang telah membantu saya memperoleh raw data SDKI 2007, Mbak Siti yang dengan sabar mengajari saya cara mengolah data dengan SPSS dan temanku Susmedi Aji yang banyak membantu dalam memperoleh bahan-bahan yang berkaitan dengan SDKI 2007.
7. Kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, yang juga telah banyak membantu saya selama masa perkuliahan dan penyusunan tesis ini.

Akhir kata semoga Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.



Depok, 21 Juli 2009

Kurniati Bachrun

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kurniati Bachrun
NPM : 0706191335
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Program : Pasca Sarjana
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

"Pengaruh Sumber Alat/Cara KB dan Faktor Sosiodemografi Terhadap Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2007)"

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 21 Juli 2009



Yang menyatakan

(Kurniati Bachrun)

ABSTRAK

Nama : Kurniati Bachrun
Program studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul : Pengaruh Sumber Alat/Cara KB dan Faktor Sosiodemografi Terhadap Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi di Indonesia.(Analisis Data SDKI 2007)

Dampak demografis pemakaian kontrasepsi tidak hanya tergantung pada prevalensi kontrasepsi tetapi juga tergantung pada kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang tinggi mengindikasikan adanya ketidakpuasan terhadap suatu metode kontrasepsi atau pelayanan KB yang diperoleh dari suatu sumber alat/cara KB. Oleh karena itu penting untuk mengetahui variasi ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dari sumber alat/cara KB yang berbeda pada wanita dengan karakteristik sosiodemografi yang berbeda.

Penelitian ini mempelajari pengaruh sumber alat/cara KB dan faktor sosiodemografi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi di Indonesia, berdasarkan data historis pemakaian kontrasepsi dalam kalender SDKI 2007, dengan menggunakan metode analisis *life table* dan regresi *Cox*.

Hasil analisis *life table* tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menunjukkan bahwa tingkat ketidaklangsungan lebih tinggi pada pemakaian kontrasepsi oleh wanita dengan karakteristik: memperoleh kontrasepsi dari sumber swasta, menggunakan pil KB, bertujuan menunda kelahiran, berusia lebih muda, dengan jumlah anak lebih sedikit, mempunyai tingkat pendidikan dan status sosioekonomi tinggi dan tinggal di daerah perkotaan.

Hasil analisis multivariat menggunakan model regresi *Cox* menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi yang berasal dari sumber lainnya mempunyai risiko ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih kecil daripada pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas swasta atau pemerintah. Pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang, jumlah anak masih hidup, dan motivasi yang kuat untuk membatasi kelahiran mempunyai pengaruh negatif signifikan terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Sedangkan faktor sosiodemografi seperti umur, umur kawin pertama dan tingkat pendidikan pasangan suami istri dan bertempat tinggal di perkotaan berpengaruh positif signifikan terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.

Kata kunci : Keluarga Berencana, Ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.

ABSTRACT

Name : Kurniati Bachrun
Study Program : Population and Man Power Study
Title : The Effect of Contraceptive Source and Socio Demographic Factors on Contraceptive Discontinuation in Indonesia (Analysis of 2007 Demographic and Health Survey)

The effect of using contraception demographically not only depend on contraceptive prevalence but also on contraceptive continuation. Higher contraceptive discontinuation indicates dissatisfaction of using a contraceptive method. Hence, it is important to study the variation of contraceptive discontinuation of different contraceptive source on women with some socio demographic characteristics.

This research studies the effect of contraceptive source and socio demographic factors on contraceptive discontinuation in Indonesia, based on calendar data of 2007 Indonesian Demographic and Health Survey. Life table analysis and Cox regression are used to describe this effect.

Life table analysis results shows that higher contraceptive discontinuation is found on women with private contraceptive source, using pill, birth spacing as contraceptive intention, younger, viewer children, higher education, higher socio economic status and live in urban.

Cox regression model results that using contraceptive method from other source has lower contraceptive discontinuation risk than using contraceptive method from private or government facilities. Long term method, number of living children and stronger motivation to limiting birth has significant and negative effect on contraceptive discontinuation. Socio demographic factors as age, age at first union, spouse education and live in urban has significant and positive effect on contraceptive discontinuation.

Key words :
Family planning, contraceptive discontinuation.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	10
1.3. Tujuan Penelitian	11
1.4. Manfaat Penelitian	11
II. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1. Kerangka Pikir Teoritis	13
2.2. Studi-Studi Sebelumnya	16
2.2.1. Sumber Alat/Cara KB	16
2.2.2. Metode Kontrasepsi	17
2.2.3. Tujuan Pemakaian Kontrasepsi	19
2.2.4. Faktor Demografi	21
2.2.4. Faktor Sosioekonomi dan Daerah Tempat Tinggal	25
2.3. Kerangka Pikir Analisis	30
2.4. Hipotesis Penelitian	32
III. METODE PENELITIAN	35
3.1. Sumber Data	35
3.2. Definisi Operasional Variabel	37
3.2.1. Variabel Terikat	38
3.2.2. Variabel Bebas	38
3.3. Unit Analisis, Penentuan Sensor dan Struktur data	41
3.3.1. Unit Analisis	42
3.3.2. Penentuan Sensor	44
3.3.3. Struktur Data	45
3.4. Metode analisis	46
3.4.1. Analisis Deskriptif	46
3.4.2. Analisis <i>Life Table</i>	46
3.4.3. Analisis Infersial	50
3.4.3.1. Model Regresi Cox atau <i>Proportional Hazard Model</i>	51
3.4.3.2. Fungsi-Fungsi Dalam Analisis Survival	53
3.4.3.3. Bentuk Umum Model Regresi Cox	54

3.4.3.4. Pengujian Model	55
3.4.3.5. Persamaan Regresi Cox	57
3.5. Keterbatasan Penelitian	58
IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	59
4.1. Pola dan Perbedaan Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi	59
4.1.1. Pola dan Perbedaan Status Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi	61
4.1.2. Pola dan Perbedaan Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi Menurut Daerah Tempat Tinggal	66
4.1.3. Pola dan perbedaan alasan diskontinu	68
4.2. Pola dan Perbedaan Angka Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi (<i>Contraceptive discontinuation rate</i>)	71
4.3. Pengaruh Sumber Alat/Cara KB dan Faktor Sosiodemografi Terhadap Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi	84
V. KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN	107
5.1. Kesimpulan	107
5.2. Implikasi Kebijakan	111
DAFTAR PUSTAKA	116
LAMPIRAN	119

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Tren TFR dan CPR, Indonesia 1991-2007	5
Gambar 2.1.	Kerangka Pikir Konseptual Pemilihan dan Penggantian metode Kontrasepsi (Bulatao, 1989)	13
Gambar 2.2.	Hubungan Antara Kualitas Pelayanan KB dan Fertilitas (Jain, 1989)	14
Gambar 2.3.	Kerangka Pikir Teoritis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi (UN, Population Studies, 1979)	15
Gambar 2.4.	Kerangka Pikir Analisis	30
Gambar 3.1.	Alur Pemilihan Sampel	44
Gambar 3.2	Penentuan Sensor	42
Gambar 4.1.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Sumber Alat/Cara KB	87
Gambar 4.2.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Metode Kontrasepsi	90
Gambar 4.3.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Tujuan Pemakaian Kontrasepsi	93
Gambar 4.4.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Umur Saat Mulai Pakai KB	96
Gambar 4.5.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Jumlah Anak Masih Hidup	98
Gambar 4.6.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Umur Kawin Pertama.....	99
Gambar 4.7.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Pendidikan Wanita	101
Gambar 4.8.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Pendidikan Suami	103
Gambar 4.9.	Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Daerah Tempat Tinggal	106

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Tren Pemakaian Alat/Cara KB Tertentu, Indonesia 1991-2007.....	6
Tabel 1.2	Tingkat Putus Pakai Kontrasepsi Selama 12 Bulan Menurut Metode Kontrasepsi, Indonesia 2002/2003 dan 2007	8
Tabel 3.1.	Definisi Operasional Variabel	36
Tabel 3.2.	Struktur Data	44
Tabel 4.1.	Jumlah dan Persentase Wanita Pernah Kawin Dalam Sampel Menurut Jumlah Episode Pakai Kontrasepsi	60
Tabel 4.2.	Jumlah dan Persentase Wanita Pernah Kawin Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Daerah Tempat Tinggal	61
Tabel 4.3.	Distribusi Persentase Episode Pakai Kontrasepsi Menurut Status Pemakaian Kontrasepsi dan Karakteristik Latar Belakang.....	64
Tabel 4.4.	Distribusi proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi menurut daerah tempat tinggal	67
Tabel 4.5.	Distribusi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi menurut alasan Diskontinu	71
Tabel 4.6.	Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi berdasarkan karakteristik latar belakang	77
Tabel 4.7	Estimasi parameter dan rasio kecenderungan model regresi Cox	91
Tabel 4.8.	Distribusi Episode Pakai Kontrasepsi Menurut Alasan Diskontinu, Umur Wanita dan umlah Anak Masih Hidup	96
Tabel 4.9.	Distribusi persentase episode pakai kontrasepsi Menurut Tingkat Kesejahteraan dan Sumber Alat/Cara KB ...	106

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Hasil sensus penduduk menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia adalah 206,3 juta jiwa pada tahun 2000 dan diproyeksikan mencapai 225,6 juta jiwa pada tahun 2007. Angka tersebut menempatkan Indonesia sebagai negara keempat paling banyak penduduknya di dunia setelah Republik Rakyat Cina, India dan Amerika Serikat. Jumlah penduduk Indonesia yang besar disebabkan oleh tingginya angka pertumbuhan penduduk di masa lampau yang disebabkan tingginya tingkat fertilitas. Angka kelahiran kasar dan angka kematian kasar menunjukkan kecenderungan menurun sehingga laju pertumbuhan penduduk dapat ditekan dari 1,98 persen per tahun pada periode 1980-1990 menjadi 1,49 persen per tahun pada kurun waktu 1990-2000 dan diproyeksikan terus menurun menjadi 1,28 persen per tahun pada periode waktu 2005-2010. Meskipun tingkat kelahiran sudah dapat diturunkan namun secara absolut jumlah penduduk Indonesia masih akan terus bertambah.

Program keluarga berencana (KB) di Indonesia yang telah dicanangkan sejak awal tahun 1970, pernah diakui dunia berkontribusi besar dalam keberhasilan Indonesia menurunkan tingkat kelahiran. Keberhasilan yang pernah dicapai Indonesia dalam menurunkan tingkat fertilitas melalui program KB tidak terlepas dari usaha-usaha terorganisir yang melibatkan masyarakat luas untuk berpartisipasi melaksanakan program KB. Sesuai dengan UU No.10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera yang menyebutkan bahwa keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui penundaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, dan peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera (Aryoso, 2005).

Pada awal pelaksanaannya (1970-an hingga 1980-an) program KB tidak banyak memperhatikan hak-hak dasar penduduk, bahkan terkesan setengah memaksa. Semangat petugas untuk mencapai jumlah (kuantitas) akseptor sesuai

dengan target sering menjadi motif utama, sehingga aspek kualitas pelayanan menjadi terabaikan. Aspek kesehatan ibu dan anak juga kurang diperhatikan. Selain itu program KB juga dianggap kurang memperhatikan kesetaraan gender, sasaran program lebih banyak ditujukan kepada penduduk perempuan (Muhidin, 2003). Konferensi internasional tentang kependudukan dan pembangunan (ICPD) di Kairo pada tahun 1994, telah mengubah paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan, yang semula berorientasi pada penurunan fertilitas (penduduk sebagai objek) menjadi pengutamakan kesehatan reproduksi perorangan dengan menghormati dan melindungi hak reproduksi setiap individu (penduduk sebagai subjek) yang menjadi bagian integral dari hak asasi manusia. Dengan perkataan lain pelayanan KB diarahkan agar memenuhi objek kualitas dan kebebasan untuk memilih metode KB yang tepat

Dalam hal KB, Program Aksi ICPD Kairo 1994 menyebutkan bahwa *"the aim of family planning programmes must be to enable couples and individuals to decide freely and responsibly the number and spacing of their children; to have the information and means to do so; to ensure informed choices; and to make available a full range of safe and effective methods"*. Ditambahkan pula *"In no case should abortion to promoted as a method of family planning"*. Program Aksi ICPD merupakan tantangan bagi pemerintah-pemerintah, khususnya di negara-negara berkembang, untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan KB yang berkualitas serta menurunkan tingkat kematian maternal melalui penanganan yang lebih baik terhadap komplikasi yang disebabkan oleh kehamilan dan kelahiran yang tidak aman (Rajagukguk, 2004).

Program kependudukan juga diangkat dalam Millenium Development Goals (MDG's) yang merupakan kulminasi kesepakatan global yang menekankan pada hak-hak pembangunan, pengentasan kemiskinan, peningkatan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Anan (2002) menyatakan bahwa tujuan dan sasaran MDG's, terutama pengentasan kemiskinan dan kelaparan tidak dapat dicapai jika masalah kependudukan termasuk akses universal pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi serta perlindungan hak-hak reproduksi tidak ditangani dengan baik (BKKBN dan UNFPA, n.d.).

Pentingnya pengendalian pertumbuhan dan jumlah penduduk, memiliki implikasi terhadap peningkatan kualitas sumber daya manusia dan pertumbuhan ekonomi. Nitisastro (2004) menyatakan bahwa pertumbuhan ekonomi tidak akan berjalan jika tidak didukung dengan sumber daya manusia yang memadai. Sebaliknya pembangunan kualitas sumber daya manusia juga tidak akan tercapai tanpa dukungan pertumbuhan ekonomi. Demikian pula pertumbuhan ekonomi dan pembangunan kualitas sumber daya manusia akan sulit terlaksana jika jumlah penduduk tidak terkendali (BKKBN dan UNFPA, n.d).

Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002/2003 dan 2007 menunjukkan bahwa tingkat kelahiran lebih tinggi dan prevalensi kontrasepsi lebih rendah terjadi pada keluarga miskin dan berpendidikan rendah. Kondisi ini mempunyai implikasi bahwa penduduk miskin akan semakin besar jumlah dan proporsinya sehingga menghambat pembangunan sumber daya manusia di Indonesia (Aryoso, 2005).

Penduduk yang besar dan berkualitas akan menjadi aset yang sangat bermanfaat bagi pembangunan, namun sebaliknya penduduk yang besar tapi rendah kualitasnya justru akan menjadi beban berat pembangunan. Kualitas penduduk Indonesia saat ini masih memprihatinkan. Berdasarkan penilaian UNDP, kualitas sumber daya manusia yang diukur melalui Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia yang mencapai 68,7 pada tahun 2004 mempunyai ranking 108 dari 177 negara di dunia (BPS, 2008). Apalagi Indonesia masih menghadapi persoalan serius dengan kemiskinan, dimana pada tahun 2004 terdapat 16,7 persen atau 36,1 juta penduduk Indonesia masih hidup di bawah garis kemiskinan. Demikian pula pada tahun 2006, meskipun terjadi penurunan, namun jumlahnya masih mencapai 35,1 juta jiwa atau 16,0 persen.

Program pengendalian kelahiran untuk menurunkan TFR juga berhubungan dengan pencapaian bonus demografi di Indonesia. Bonus demografi didefinisikan sebagai keuntungan ekonomis karena terjadinya penurunan rasio ketergantungan sebagai hasil dari proses penurunan kelahiran dalam jangka panjang. Transisi demografi telah menyebabkan penurunan proporsi penduduk umur muda dan meningkatnya proporsi penduduk usia kerja sehingga dengan penurunan proporsi penduduk usia muda tersebut akan menurunkan juga besarnya

investasi yang diperlukan untuk pemenuhan kebutuhan mereka. Oleh karena itu, sumber daya dapat dialihkan kegunaannya untuk memacu pertumbuhan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan keluarga (Ross, 2004).

Berdasarkan proyeksi Bappenas (2005) rasio ketergantungan akan terus menurun sampai pada angka terendah yang akan terjadi pada periode 2015-2020 dimana rasio ketergantungan mencapai angka 45 per 100. Pada periode 2015-2020 inilah terjadinya jendela kesempatan (*the window of opportunity*) bagi Indonesia untuk mencapai bonus demografi. Akan tetapi bonus demografi tersebut hanya akan terjadi jika asumsi penurunan kelahiran sebesar 2,1 per wanita dan kematian bayi 20,7 per 1000 kelahiran pada tahun 2015 dapat terpenuhi.

Dengan menggunakan hasil proyeksi World Population Prospect (*United Nations Population Division, 2003*) Adioetomo (2005) mengutarakan hasil yang sedikit berbeda, dimana bonus demografi di Indonesia diperkirakan akan terjadi pada periode tahun 2020 sampai 2030 yang merupakan periode terjadinya jendela kesempatan (*the window of opportunity*), dengan asumsi terjadi penurunan tingkat kelahiran mencapai 1,86 per wanita dan penurunan kematian bayi mencapai 18,19 per 1.000 wanita (Adioetomo, 2005), sehingga program penurunan tingkat fertilitas menjadi sangat penting dalam rangka mempersiapkan terjadinya jendela kesempatan (*the window of opportunity*).

Dalam Proyeksi Penduduk Indonesia 2000-2025 (Bappenas, 2005) asumsi fertilitas ditetapkan, bahwa pada tahun 2015 Indonesia akan mencapai *replacement level* atau $NRR=1$ yaitu saat dimana seorang ibu secara tepat digantikan seorang bayi perempuan, setelah itu penduduk akan tumbuh seimbang. Kondisi ini memerlukan syarat TFR sebesar 2,1 anak per perempuan. Untuk mencapai TFR 2,1 tersebut diperlukan tingkat prevalensi kontrasepsi sekitar 70 persen.

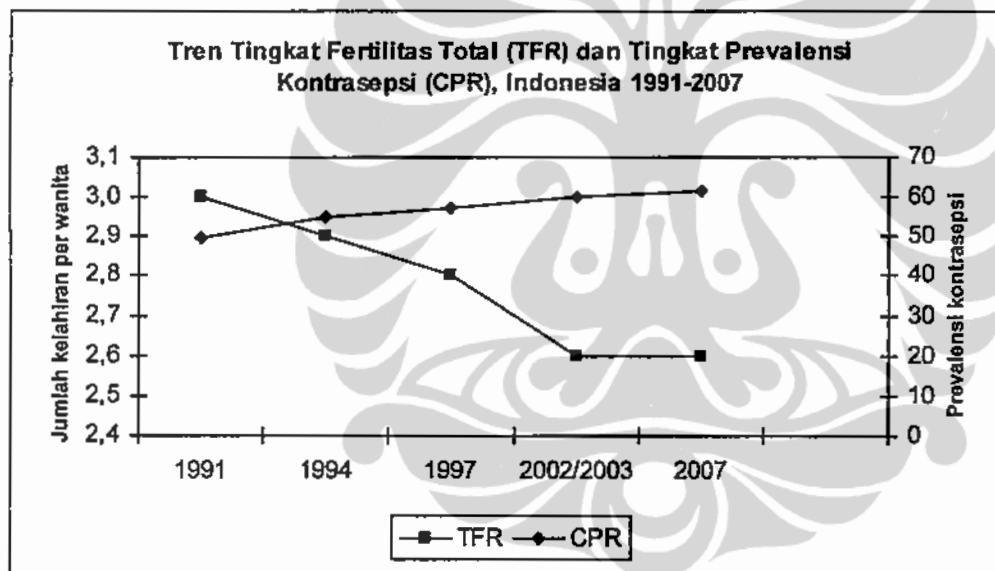
Sementara dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009, pemerintah telah menetapkan sasaran pencapaian TFR 2,2 per wanita pada tahun 2009. Selain itu juga ditetapkan sasaran peningkatan penggunaan metode kontrasepsi efektif dan efisien untuk jangka panjang.

Tren prevalensi KB dari data SDKI antara tahun 1991 sampai 2007 (gambar 1.1) menunjukkan bahwa prevalensi KB meningkat cukup tajam dari

Universitas Indonesia

49,7 persen pada tahun 1991 menjadi 60,3 persen pada tahun 2002-2003. Sementara itu pada lima tahun terakhir angka prevalensi kontrasepsi hanya naik 1,1 poin persen menjadi 61,4 persen pada tahun 2007. Dengan variasi cukup lebar antar propinsi di Indonesia, dari CPR terendah 34,1 persen di Propinsi Maluku sampai CPR tertinggi 74,0 persen di Propinsi Bengkulu. Sementara prevalensi metode kontrasepsi modern mengalami stagnasi, yaitu 57 persen pada tahun 2002-2003 dan tetap level yang sama pada tahun 2007.

Tren serupa juga terjadi pada angka fertilitas total (TFR). Data SDKI 1991 menunjukkan bahwa TFR Indonesia sebesar 3,0, menurun cukup tajam menjadi 2,6 pada tahun 2002-2003 dan stagnan pada 2,6 di tahun 2007, dengan variasi TFR yang besar antar propinsi dari TFR terendah 1,8 di DI Yogyakarta sampai TFR tertinggi 4,2 di Nusa Tenggara Timur.



Sumber : SDKI 1991-2007

Gambar 1.1. Tren TFR dan CPR, Indonesia 1991-2007

Kecenderungan pemakaian kontrasepsi diantara wanita kawin menurut alat/cara KB tertentu dalam kurun waktu 1991-2007 (Tabel 1.1) menunjukkan bahwa pemakaian metode kontrasepsi yang termasuk dalam Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) cenderung menurun dari waktu ke waktu. Pil merupakan alat/cara KB modern yang pada umumnya dipakai wanita kawin pada SDKI 1991

Universitas Indonesia

dan SDKI 1994, akan tetapi pada periode selanjutnya pemakaian pil menunjukkan kecenderungan semakin menurun. Sementara pemakaian alat/cara KB suntikan meningkat secara signifikan dari 12 persen pada tahun 1991 menjadi 32 persen pada tahun 2007 dan menjadi alat/cara KB modern yang paling banyak dipakai wanita berstatus kawin sejak SDKI 1997. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa sasaran RPJMN 2004-2009 untuk meningkatkan pemakaian kontrasepsi efektif dan efisien dalam jangka panjang belum dapat tercapai.

Tabel 1.1. Tren Pemakaian Alat/Cara KB Tertentu, Indonesia 1991-2007

Alat/cara KB	SDKI 1991	SDKI 1994	SDKI 1997	SDKI 2002/ 2003	SDKI 2007
Suatu cara	49,7	54,7	57,4	60,3	61,4
Modern Jangka Panjang					
Sterilisasi wanita	2,7	3,1	3,0	3,7	3,0
Sterilisasi pria	0,6	0,7	0,4	0,4	0,2
IUD	13,3	10,3	8,1	6,2	4,9
Susuk KB	3,1	4,9	6,0	4,3	2,8
Modern Jangka Pendek					
Suntikan	11,7	15,2	21,1	27,8	31,8
Pil	14,8	17,1	15,4	13,2	13,2
Kondom	0,8	0,9	0,7	0,9	1,3
Tradisional/Lainnya					
Pantang berkala	1,1	1,1	1,1	1,6	1,5
Senggama terputus	0,7	0,8	0,8	1,5	2,1
Lainnya	0,9	0,8	0,8	0,5	0,4

Sumber : SDKI 2007

Masih tingginya persentase pemakaian alat kontrasepsi jangka pendek seperti pil dan suntikan merupakan suatu tantangan, karena pemakaian metode kontrasepsi jangka pendek telah diketahui mempunyai peluang putus pakai yang lebih tinggi. Secara teoritis semua metode kontrasepsi modern mempunyai efektifitas yang sangat tinggi. Salah satu kelebihan dari alat kontrasepsi yang termasuk dalam metode kontrasepsi modern jangka panjang adalah rendahnya pengaruh perilaku akseptor terhadap efektifitas perlindungan alat. Kegagalan pemakaian umumnya terjadi bukan karena kesalahan atau kelalaian akseptor

dalam memakainya. Sedangkan efektifitas metode kontrasepsi yang termasuk dalam metode kontrasepsi jangka pendek berhubungan langsung dengan kepatuhan dan kedisiplinan akseptor dalam memakainya (BKKBN dan LDPEUI, 1994)

Usaha peningkatan prevalensi kontrasepsi perlu diimbangi dengan peningkatan kualitas pelayanan KB untuk meningkatkan kualitas pemakaian kontrasepsi. Kesuksesan implementasi program KB tidak dapat hanya diukur dari meningkatnya prevalensi kontrasepsi, karena pengaruh demografis pemakaian kontrasepsi tidak hanya tergantung pada prevalensi KB tetapi juga tergantung pada durasi dan efektifitas pemakaian kontrasepsi. Fokus permasalahan bergeser pada bagaimana mendorong pasangan usia subur untuk menjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsi mereka (Kost, 1993 dalam Arifin, 2002). Kelangsungan pemakaian kontrasepsi dapat dipelihara dengan memberikan konseling kepada pasangan ketika menghadapi masalah dan menyediakan sejumlah pilihan kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan mereka (Curtis dan Blanc, 1997). Dengan kata lain, masalah kualitas pelayanan KB menjadi penting selain memperhatikan masalah prevalensi kontrasepsi. Kelangsungan pemakaian kontrasepsi merupakan salah satu hasil dari peningkatan kualitas pelayanan KB (Blanc, Curtis dan Croft, 1999).

Data SDKI mengindikasikan belum adanya peningkatan kualitas pelayanan KB di Indonesia. Hal ini dapat dilihat dari tingkat putus pakai kontrasepsi dalam 12 bulan pemakaian (Tabel 1.2) masih terbilang tinggi dimana 26,3 persen wanita berhenti menggunakan kontrasepsi dalam waktu satu tahun setelah pemakaian. Jika merujuk pada dua periode survei, tingkat putus pakai menunjukkan trend yang meningkat, dari sebesar 20,7 persen pada SDKI 2002-2003 menjadi 26,3 persen pada SDKI 2007, demikian pula jika melihat tingkat putus pakai menurut metode kontrasepsi juga menunjukkan adanya peningkatan tingkat putus pakai pada hampir semua metode kontrasepsi. Pil dan kondom merupakan jenis alat kontrasepsi jangka pendek dengan tingkat putus pakai paling tinggi.

Tabel 1.2. Tingkat Putus Pakai Kontrasepsi selama 12 bulan menurut metode kontrasepsi, Indonesia 2002/2003 dan 2007

Metode	SDKI 2002 - 2003	SDKI 2007
Pil	31,9	38,8
IUD	8,9	9,9
Suntikan	18,4	23,0
Susuk KB	2,7	5,7
Kondom	38,8	38,3
Pantang berkala	16,5	24,9
Senggama terputus	20,6	24,2
Lain-lain	19,0	4,4
Jumlah	20,7	26,3

Sumber : SDKI 2002-2003 dan SDKI 2007

Berbagai isu seputar program KB di Indonesia yang telah dikemukakan seperti prevalensi kontrasepsi dan TFR yang cenderung stagnan dalam kurun waktu lima tahun terakhir dengan variasi cukup lebar antar propinsi, rendahnya pemakaian kontrasepsi efektif dan efisien untuk jangka panjang dan tingginya tingkat putus pakai kontrasepsi memperkuat indikasi semakin melemahnya pelaksanaan program KB nasional. Hal ini tidak terlepas dari pelaksanaan desentralisasi sesuai dengan Keppres No.09 Tahun 2004 yang mengamankan sebagian kewenangan dalam bidang KB diserahkan kepada pemerintah kabupaten/kota. Perubahan kelembagaan KB di kabupaten/kota, lemahnya komitmen dan kurangnya dukungan dana dan penyediaan sarana dan prasarana dari pemerintah kabupaten/kota bagi pelaksanaan program KB ditambah dengan kurangnya dukungan staf akibat banyaknya tenaga lapangan (PLKB/PKB) yang pensiun atau dialih tugaskan berakibat pada melemahnya pelaksanaan program KB secara keseluruhan (Aryoso, 2005).

Masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan KB setelah desentralisasi adalah belum seluruh pemerintah kabupaten/kota menetapkan KB sebagai isu strategis dalam pengendalian pertumbuhan penduduk dan pemenuhan hak-hak reproduksi penduduk. Pemahaman bahwa pelayanan KB merupakan salah satu

hak asasi manusia, yaitu hak rakyat untuk mengatur proses reproduksinya, masih rendah. Pembangunan KB juga belum dipandang sebagai suatu investasi yang mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam pembangunan ekonomi daerah (BAPPENAS, 2008).

Peranan sektor pemerintah dalam menyediakan pelayanan KB semakin berkurang dari waktu ke waktu. Hal ini dilakukan untuk mengurangi beban pemerintah dalam memenuhi kebutuhan kontrasepsi yang semakin meningkat, BKKBN pertama kali melaksanakan swastanisasi program KB di Indonesia pada tahun 1987 melalui gerakan KB Mandiri yang diarahkan pada kemandirian dan perluasan fungsi sektor swasta, walaupun BKKBN masih menyediakan alat dan pelayanan KB gratis atau murah bagi mereka yang tidak mampu. Estimasi berdasarkan hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa ketergantungan masyarakat dalam pemenuhan kebutuhan kontrasepsi kepada sektor pemerintah semakin berkurang. Hal ini ditunjukkan oleh persentase akseptor yang memperoleh pelayanan kontrasepsi dari sumber-sumber pelayanan pemerintah terus menurun dari 43 persen pada tahun 1997 menjadi 28 persen pada tahun 2002/2003 dan 22 persen pada tahun 2007. Sementara wanita kawin yang memperoleh alat/cara KB dari sumber pelayanan swasta semakin meningkat dari 42 persen pada tahun 1997 menjadi 63 persen pada tahun 2002/2003 dan 69 persen pada tahun 2007. Sedangkan proporsi pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari sumber pelayanan lainnya antara tahun 2002/2003 hingga 2007 relatif tetap yaitu sekitar 9 persen.

Pertanyaan yang kemudian muncul adalah apakah tingginya kuantitas pelayanan kontrasepsi yang diberikan melalui sumber swasta juga diimbangi dengan tingginya kualitas pelayanan kontrasepsi sehingga akan menghasilkan pemakaian kontrasepsi berkualitas yang salah satunya ditandai dengan diskontinuitas kontrasepsi yang rendah?. Di lain pihak, persentase peserta KB yang dilayani oleh sumber pemerintah semakin berkurang, sehingga fasilitas pelayanan pemerintah dituntut dapat memberikan pelayanan KB yang lebih berkualitas dan menghasilkan kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang bertahan lebih lama. Oleh karena itu adalah penting untuk mengetahui ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dari sumber alat/cara KB yang berbeda.

Studi ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi memberikan petunjuk penting pada pengambil kebijakan dalam evaluasi program yang telah dilaksanakan. Secara khusus studi tentang ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi (*contraceptive discontinuation*) penting untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dan untuk mengetahui wanita dengan latar belakang karakteristik seperti apa yang mempunyai risiko paling tinggi untuk menghentikan pemakaian kontrasepsinya. Meskipun keinginan untuk bertahan lebih lama berKB dengan suatu metode tidak dapat diartikan sebagai tingginya kepuasan pemakai KB, akan tetapi tingginya tingkat ketidaklangsungan menunjukkan adanya ketidakpuasan peserta KB pada suatu metode atau pelayanan KB. Demikian pula halnya dengan tingginya tingkat kegagalan kontrasepsi menunjukkan bahwa komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) perlu ditingkatkan. Identifikasi besarnya variasi ketidaklangsungan antar akseptor dengan pemakaian metode kontrasepsi berbeda yang diperoleh melalui berbagai sumber alat/cara KB atau antar kelompok akseptor dengan karakteristik sosiodemografi berbeda sangat berguna bagi manajer program KB untuk menentukan sasaran peningkatan kualitas pelayanan KB.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut

1. Bagaimana pola dan perbedaan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi di Indonesia?
2. Bagaimana pola dan perbedaan angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi (*contraceptive discontinuation rate*) di Indonesia?
3. Bagaimana pengaruh sumber alat/cara KB dan faktor sosiodemografi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh sumber alat/cara KB dan faktor sosiodemografi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.

Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan mempelajari

1. Pola dan perbedaan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi di Indonesia.
2. Pola dan perbedaan angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi (*contraceptive discontinuation rate*) di Indonesia
3. Pengaruh sumber alat/cara KB dan faktor sosiodemografi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.

1.4. Manfaat Penelitian

Selain menggunakan prosedur *life table* untuk mengestimasi tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi, penelitian ini menerapkan analisis survival dengan menggunakan model regresi Cox, yang belum banyak diterapkan oleh para peneliti khususnya bidang kependudukan di Indonesia. Analisis *life table* merupakan analisis bivariat yang tidak memperhatikan pengaruh variabel lain dalam estimasinya, sedangkan analisis regresi Cox merupakan analisis multivariat yang menunjukkan pengaruh suatu variabel bebas setelah dikontrol oleh pengaruh faktor-faktor lain, sehingga mampu melakukan pengujian hipotesis untuk mengetahui signifikansi pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat secara statistik. Oleh karena itu setidaknya penelitian ini diharapkan semakin memperkaya literatur analisis perilaku pemakaian kontrasepsi di Indonesia khususnya analisis ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.

Disamping itu diharapkan gambaran dan perkiraan yang dihasilkan penelitian ini dapat memberikan masukan atau keterangan yang mendasar untuk para pengambil kebijakan program KB dalam menentukan langkah-langkah untuk menurunkan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi melalui peningkatan kualitas pelayanan KB di Indonesia.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

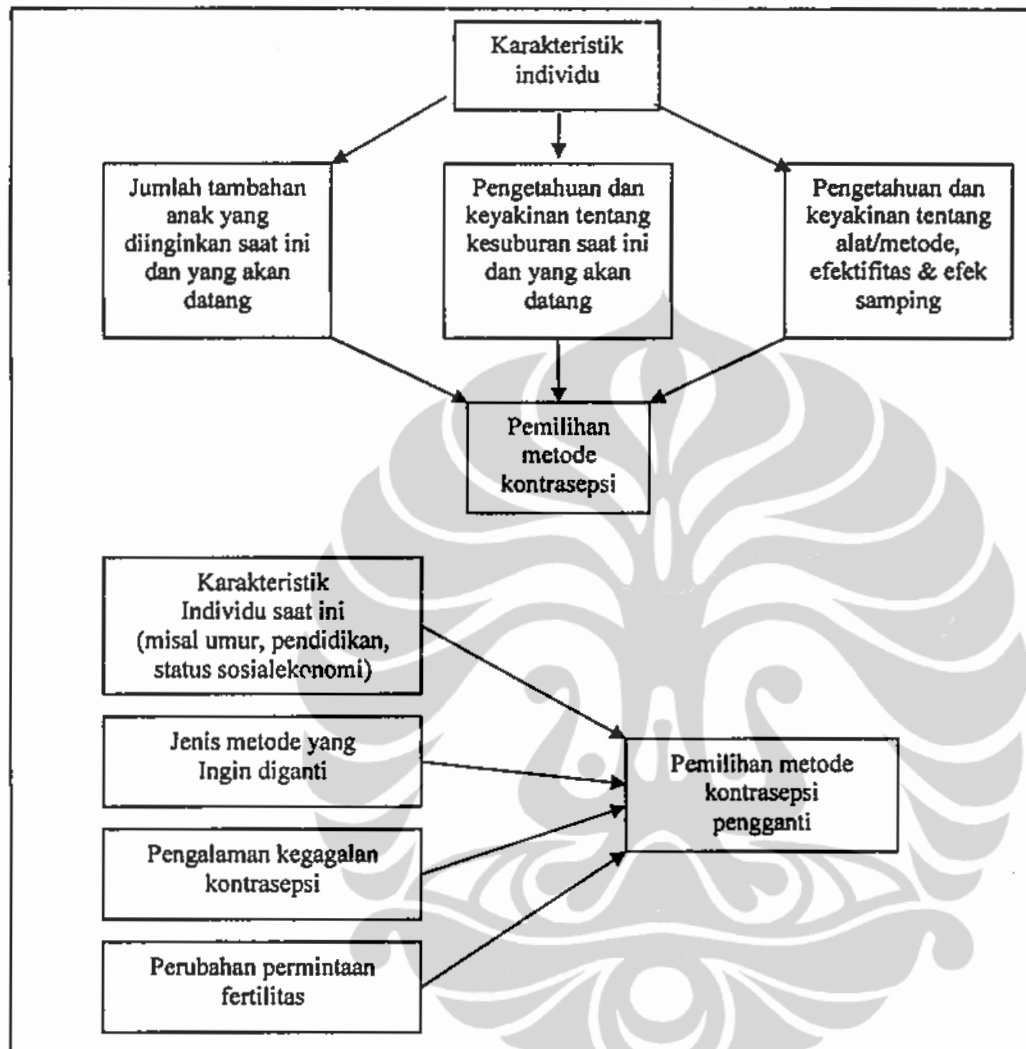
2.1. Kerangka Pikir Teoritis

Dampak demografis pemakaian kontrasepsi terhadap penurunan fertilitas juga ditentukan oleh kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Risiko terjadinya konsepsi semakin besar jika seorang wanita berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi. Semakin lama kelangsungan pemakaian kontrasepsi maka semakin lama seorang wanita terhindar dari risiko kehamilan.

Diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yang disebabkan kegagalan kontrasepsi akan mengakibatkan terjadinya kelahiran tidak direncanakan atau tidak diinginkan dan aborsi yang disengaja maupun tidak disengaja. Sedangkan diskontinuitas yang disebabkan karena berhenti berKB pada saat tidak membutuhkan kontrasepsi (karena memang ingin hamil atau sudah memasuki masa menopause) maka kehamilan yang terjadi memang diinginkan. Sedangkan diskontinuitas yang disebabkan karena berhenti berKB pada saat masih membutuhkan kontrasepsi dapat pula mengakibatkan terjadinya kehamilan tidak direncanakan/dinginkan, atau mungkin pula seorang wanita memutuskan untuk kembali menggunakan kontrasepsi (Curtis dan Blanc, 1997). Pergantian metode kontrasepsi berpotensi meningkatkan risiko kehamilan yang tidak diinginkan. Karena kegagalan kontrasepsi dapat terjadi pada bulan-bulan awal wanita mengganti metode yang digunakannya yaitu ketika pasangan tidak menggunakannya secara benar dan efisien (Steele dan Diamond, 1999).

Kerangka pikir konseptual mengenai pemilihan dan pergantian metode kontrasepsi dikemukakan oleh Bulatao (1989) menegaskan bahwa pergantian metode kontrasepsi yang disebabkan ketidakpuasan terhadap metode kontrasepsi yang dipilih (timbul masalah atau tidak sesuai lagi dengan keinginan dan kebutuhan) merupakan salah satu bentuk diskontinuitas pemakaian kontrasepsi (gambar 2.1). Karakteristik individu berpengaruh terhadap pemilihan metode kontrasepsi, dengan demikian karakteristik individu juga berpengaruh terhadap

keputusan untuk kontinu atau diskontinu pemakaian kontrasepsi (Hamill et al., 1990).



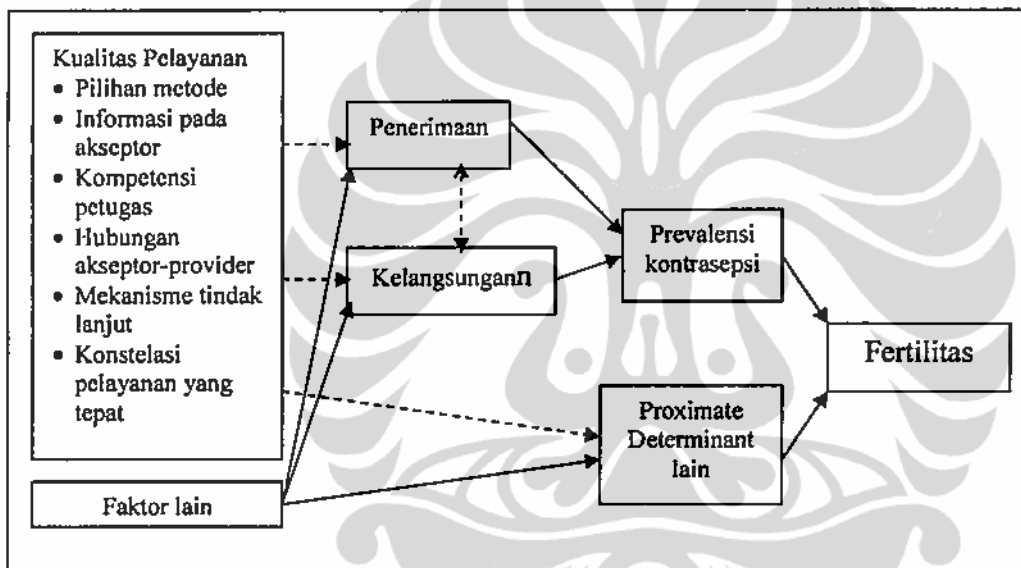
Sumber : Bulatao (1989) dalam Hamill et al. (1990)

Gambar 2.1. Kerangka Pikir Konseptual Pemilihan dan Penggantian Metode Kontrasepsi

Keputusan seseorang untuk melanjutkan atau menghentikan pemakaian alat kontrasepsi merupakan suatu proses kompleks karena hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor demografi, dan sosialekonomi. Disamping faktor-faktor tersebut, Bruce (1989) memperkenalkan enam elemen kualitas pelayanan KB yang berdampak pada kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Keenam elemen tersebut

dititikberatkan pada kualitas pelayanan dari perspektif klien (penerima pelayanan), yaitu pilihan metode, informasi yang diperoleh klien, kemampuan teknis petugas, hubungan antara petugas dengan klien, ketersediaan pelayanan tindak lanjut, dan konstelasi pelayanan yang tepat.

Sejalan dengan pendapat Bruce mengenai hubungan kualitas pelayanan KB dengan kelangsungan pemakaian kontrasepsi, Jain (1989) berpendapat bahwa kualitas pelayanan KB merupakan determinan penting pemakaian kontrasepsi dan fertilitas pada akhirnya, karena berpengaruh terhadap penerimaan kontrasepsi dan secara lebih signifikan terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi (Gambar 2.2).



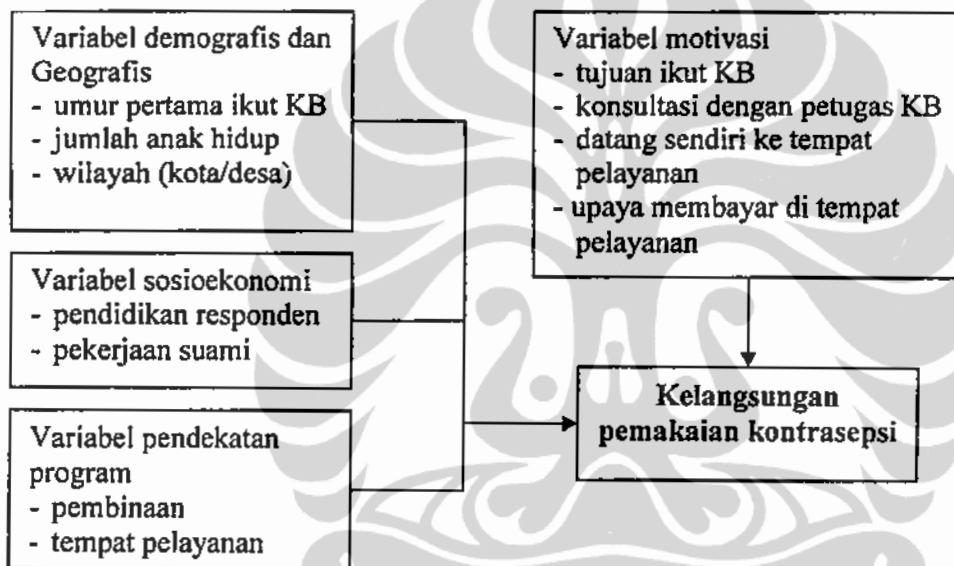
Sumber : Jain (1989)

Gambar 2.2. Hubungan Antara Kualitas Pelayanan KB dan Fertilitas

Walaupun para ahli dan pelaksana program KB sepakat untuk mengarahkan perhatian dan upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan KB, tetapi masih menjadi perdebatan luas mengenai definisi dan pengukuran kualitas pelayanan. Kerangka pikir yang dikemukakan oleh Bruce (1989) terlalu menekankan pada proses pelayanan dari perspektif klien dan cenderung kurang mempertimbangkan konteks program (perspektif petugas pelayanan KB dan

perspektif manajer program) seperti kebijakan dan komitmen pemerintah, input pelayanan, proses dan *outcome* dari pemberian pelayanan (Adioetomo, 1997)

Kerangka pikir yang digunakan sebagai dasar penentuan variabel pada penelitian yang dilakukan oleh Waloejo e al. (1991), BKKEN dan LDFEUI (1994), dan Wiyono dan Handayani (2004), didasarkan pada kerangka pikir konseptual yang sudah ada sebelumnya, yaitu melalui pendekatan yang telah dimodifikasi dari kerangka model kausal "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi" (UN, Population Studies, 1979) sebagai berikut :



Sumber : UN Population Studies (1979) dalam Waloejo et al. (1991)

Gambar 2.3. Kerangka Pikir Teoritis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi

2.2. Studi-Studi Sebelumnya Mengenai Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi

2.2.1. Sumber Alat/Cara KB

Dalam menjaga keberlangsungan pemakaian kontrasepsi ketersediaan sumber alat/cara KB menjadi penting karena tanpa adanya sumber alat/cara KB calon akseptor maupun akseptor KB tidak dapat terpenuhi kebutuhan kontrasepsinya. Pelayanan kontrasepsi yang diperoleh dari suatu sumber alat/cara KB akan menentukan keputusan seorang pemakai kontrasepsi untuk berhenti atau melanjutkan pemakaian kontrasepsi.

Pada tahun 1994 BKKBN bekerjasama dengan Lembaga Demografi FEUI melakukan penelitian menggunakan data primer mengenai kelangsungan pemakaian kontrasepsi pertama pil dan suntik di Jawa Barat dan Kalimantan Selatan. Hasilnya menunjukkan bahwa kelangsungan pemakaian kontrasepsi lebih lama terjadi pada wanita yang memperoleh pil atau suntik KB dari sumber pelayanan pemerintah dibandingkan sumber pelayanan swasta. Hal ini berlaku bagi pemakai pil dan suntik di Jawa Barat serta pemakai pil KB di Kalimantan Selatan. Sedangkan pada pemakaian suntik di Kalimantan selatan tidak terlihat adanya perbedaan kelangsungan pemakaian kontrasepsi baik yang bersumber dari pelayanan pemerintah maupun swasta. (BKKBN, 1994).

Sedangkan Wiyono dan Handayani (2004) dalam penelitian kelangsungan pemakaian kontrasepsi di Jawa Tengah dan Jawa Timur dengan menggunakan data SDKI 2002-2003 dan SM PFA tahun 2002 menemukan bahwa wanita yang memperoleh pelayanan KB dari sumber lainnya mempunyai tingkat kelangsungan lebih tinggi dibandingkan wanita yang memperoleh alat/cara KB dari sumber-sumber pelayanan pemerintah maupun swasta.

Pada penelitian di Morocco dengan menggunakan data kalender dari Survei Demografi dan Kesehatan Morocco (Morocco DHS) tahun 1995 dan data pelayanan dari DHS Services Availability Module (SAM) tahun 1992 Steele, Curtis dan Choe (1999) mempelajari pengaruh sumber pelayanan terhadap ketidaklangsungan dan ganti cara (*switching*) pemakaian pil KB. Hasil penelitian

tersebut menunjukkan bahwa secara signifikan kelangsungan pemakaian lebih tinggi terjadi pada wanita yang memperoleh pil KB mereka dari fasilitas pemerintah dibandingkan dengan swasta (termasuk apotik).

2.2.2. Metode Kontrasepsi yang Digunakan

Studi-studi ketidaklangsungan atau kelangsungan pemakaian kontrasepsi secara konsisten menunjukkan bahwa tingkat putus pakai (*discontinuation rate*) atau tingkat kelangsungan (*continuation rate*) pada dasarnya bervariasi menurut metode kontrasepsi yang digunakan.

Secara umum data DHS menunjukkan bahwa alasan ketidaklangsungan pada dasarnya bervariasi menurut metode kontrasepsi yang dipakai. Efek samping dan masalah kesehatan merupakan alasan utama putus pakai metode hormonal dan IUD. Ketidaknyamanan dan ketidaksetujuan pasangan menjadi alasan utama ketidaklangsungan pemakaian kondom. Kegagalan kontrasepsi dan keinginan untuk menggunakan metode yang lebih efektif merupakan alasan utama wanita berhenti memakai metode tradisional (Steele dan Curtis, 2003).

Berdasarkan analisis ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dengan menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan tahun 1987-1988 di enam negara yaitu Marocco, Tunisia, Mesir, Ekuador, Indonesia dan Thailand menunjukkan bahwa tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi modern tertinggi adalah pemakaian IUD dan yang terendah adalah kondom. Sementara tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi modern lain serupa dengan pemakaian metode tradisional, tetapi bervariasi menurut alasan diskontinu (Ali dan Cleland, 1995).

Penelitian mengenai perilaku pemakaian kontrasepsi di Indonesia dengan menggunakan data SDKI 1994 dan SDKI 1997 menunjukkan bahwa pemakaian susuk KB mempunyai tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi dalam 12 bulan dan 24 bulan pemakaian tertinggi disusul kemudian oleh pemakaian IUD. Sementara pemakaian kondom mempunyai tingkat kelangsungan terendah diantara pemakaian metode kontrasepsi lainnya baik modern maupun tradisional, dimana separuh pemakai kondom mengakhiri pemakaian dalam 19 bulan.

Secara lebih spesifik pilihan metode berhubungan dengan semakin rendahnya angka ketidaklangsungan semua cara (*all methods discontinuation rates*) karena pemakai kontrasepsi lebih cenderung untuk ganti cara (*switch*) daripada sama sekali berhenti memakai kontrasepsi pada saat berbagai metode kontrasepsi tersedia.

Tingkat ketidaklangsungan semua cara (*all methods discontinuation rates*) merupakan tingkat ketidaklangsungan berdasarkan perubahan status pakai kontrasepsi dari menggunakan suatu metode kontrasepsi menjadi tidak memakai kontrasepsi, sehingga ganti cara pakai (*switching*) tidak diperhitungkan sebagai putus pakai atau diskotinu. Sedangkan pada estimasi tingkat ketidaklangsungan metode kontrasepsi tertentu (*methods-specific discontinuation rates*) ganti cara pakai diperhitungkan sebagai diskotinu atau dianggap sebagai episode pemakaian kontrasepsi yang berbeda.

2.2.3 Tujuan Pemakaian Kontrasepsi

Pasangan suami istri menggunakan suatu metode kontrasepsi dengan tujuan untuk menunda/menjarangkan kelahiran atau dengan tujuan membatasi kelahiran. Tujuan pemakaian kontrasepsi juga berhubungan dengan metode kontrasepsi yang digunakan, umur dan jumlah anak masih hidup. Seorang perempuan yang berumur lebih tua dan telah memiliki anak sama dengan atau lebih banyak dari jumlah anak ideal yang diinginkan akan cenderung menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang yang lebih efektif dengan tujuan membatasi kelahiran, sehingga sering dihipotesakan mempunyai peluang untuk menggunakan kontrasepsi lebih lama. Sedangkan wanita yang belum punya anak atau memiliki jumlah anak masih hidup lebih sedikit dan belum mencapai jumlah anak ideal yang diinginkan, cenderung menggunakan metode kontrasepsi jangka pendek dengan tujuan untuk menunda kelahiran anak pertama mereka atau menjarangkan jarak kelahiran anak-anak mereka, sehingga sering dihipotesakan mempunyai risiko untuk putus pakai kontrasepsi lebih cepat.

Estimasi tingkat kelangsungan atau ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang telah banyak dilakukan menunjukkan hasil yang konsisten,

dimana angka atau tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi pada peserta KB yang bertujuan membatasi kelahiran lebih tinggi daripada perempuan yang menggunakan kontrasepsi dengan tujuan menunda/menjarangkan kelahiran (Waloejo et.al, 1991; BKKBN dan LDFEUI, 1994, Fathonah, 1996 dan 2000).

Hubungan variabel tujuan pemakaian kontrasepsi dengan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi ditunjukkan oleh penelitian Arifin (2002) dengan menggunakan SDKI 1991 dan 1994 di Propinsi Bali. Wanita yang menggunakan kontrasepsi untuk membatasi kelahiran kurang cenderung mengalami kegagalan kontrasepsi. Risiko untuk mengalami efek samping dan masalah kesehatan lebih rendah pada mereka yang menggunakan kontrasepsi untuk tujuan membatasi kelahiran dibandingkan yang memakai kontrasepsi untuk menunda kelahiran. Sedangkan diskontinu pemakaian kontrasepsi yang disebabkan ingin memperoleh anak lagi lebih rendah pada akseptor KB yang bertujuan membatasi kelahiran dibandingkan mereka yang ingin menunda kelahiran. Tujuan kontrasepsi juga berhubungan negatif signifikan dengan risiko putus pakai dengan alasan lain.

Sejalan dengan hasil analisis Arifin (2002) wanita yang memakai kontrasepsi dengan tujuan membatasi kelahiran mempunyai risiko lebih kecil untuk mengalami diskontinu karena kegagalan kontrasepsi dan berhenti memakai kontrasepsi. Tidak ada perbedaan risiko untuk mengganti metode kontrasepsi antara wanita yang bertujuan menunda kelahiran dan wanita yang ingin membatasi kelahiran (Curtis dan Blanc, 1997).

2.2.4. Faktor-Faktor Demografi

Variabel demografi seperti tujuan fertilitas (menunda atau membatasi kelahiran), umur perempuan, jumlah anak masih hidup dan status perkawinan merupakan sekelompok variabel yang paling konsisten berhubungan dengan kelangsungan pemakaian kontrasepsi (Ali dan Cleland, 1996; Curtis dan Blanc, 1997).

Umur merupakan variabel demografi yang penting dalam analisis perilaku pemakaian kontrasepsi. Secara demografis umur tidak saja berkaitan dengan

tingkat kesuburan (fekunditas) wanita yang dapat diukur dengan jumlah anak yang dilahirkan, tetapi juga berkaitan erat dengan siklus kehidupan seseorang. Wanita muda umumnya baru saja menikah untuk kemudian memutuskan apakah ingin segera melahirkan anak-anaknya atau ingin menunda kehamilan. Sedangkan pada usia yang lebih tua, wanita sudah mulai memikirkan untuk membatasi jumlah anak. Hal ini berkaitan dengan jumlah anak yang telah dimilikinya, sehingga pada gilirannya akan berpengaruh pada pola pemakaian kontrasepsi (Henry, 1979 dalam BKKBN dan LDFEUI, 1994). Selain itu secara khusus umur sangat berpengaruh terhadap pemilihan jenis alat kontrasepsi yang digunakan, sebagai contoh seorang akseptor muda cenderung memilih menggunakan metode kontrasepsi jangka pendek untuk tujuan menjarangkan kelahiran, sedangkan akseptor lebih tua akan memilih menggunakan metode yang lebih efektif untuk jangka panjang dengan tujuan membatasi kelahiran (BKKBN dan LDFEUI, 1994).

Berbagai penelitian mengenai kelangsungan/ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menunjukkan hasil yang konsisten yaitu bahwa variabel umur mempunyai hubungan negatif dengan tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi, dimana semakin tua umur akseptor KB maka semakin rendah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi atau dengan kata lain tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi meningkat seiring bertambahnya usia wanita peserta KB.

Hasil penelitian Laing (1985) dengan menggunakan data Community Outreach Survey tahun 1980 di Philipina menunjukkan bahwa semakin tua umur perempuan maka semakin tinggi tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi dalam 12 bulan. Walaupun data yang digunakan sudah cukup lama, tetapi Laing mengelompokkan akseptor dalam interval umur yang pendek yaitu lima tahunan, sehingga menghasilkan estimasi perbedaan tingkat kelangsungan menurut kelompok umur akseptor yang lebih rinci.

Pada penelitian yang terbatas pada pemakaian KB pil dan suntik di Jawa Barat dan Kalimantan Selatan oleh BKKBN dan LDFEUI (1994), diperoleh kesimpulan bahwa semakin tua umur akseptor KB pil atau suntik, maka semakin tinggi angka kelangsungan pemakaian kontrasepsi.

Probabilitas akseptor untuk tetap memakai kontrasepsi hingga waktu tertentu yang semakin meningkat seiring dengan bertambahnya umur akseptor juga merupakan hasil yang diperoleh dari penelitian Wiyono dan Handayani (2004) di Jawa Tengah dan Jawa Timur. Variabel umur merupakan salah satu variabel demografi penting yang sangat cepat berubah, akan tetapi variabel umur yang digunakan dalam penelitian Wiyono dan Handayani (2004) merujuk pada umur responden saat survei, sehingga tidak dapat mencerminkan umur responden pada pemakaian kontrasepsi di masa lalu.

Pachauri dan Santya (2002) mengemukakan bahwa ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi pada wanita usia remaja (kurang dari 20 tahun), bisa jadi merupakan isu penting, karena jika dibandingkan dengan wanita dewasa, remaja mungkin mempunyai akses lebih terbatas pada pelayanan KB, dan umumnya mempunyai pengetahuan yang kurang memadai atau kurang tepat mengenai siklus reproduksi dan efektifitas pemakaian kontrasepsi. Di negara dengan tingkat prevalensi kontrasepsi relatif tinggi kecenderungan untuk menghentikan pemakaian kontrasepsi dalam setahun pertama pemakaian lebih banyak terjadi pada wanita usia remaja dibanding wanita dewasa. Remaja juga dua hingga tiga kali lebih cenderung diskontinu dengan alasan efek samping/kesehatan, ingin metode yang lebih efektif, tidak nyaman, aksesibilitas atau ketidaksetujuan suami. Akan tetapi jika dibandingkan dengan wanita dewasa maka remaja berpeluang lebih rendah untuk berhenti memakai karena kegagalan metode.

Sebaliknya data India's National Family Health Survey tahun 1992-1993 melaporkan bahwa proporsi wanita usia 13-24 tahun (29%) yang berhenti menggunakan kontrasepsi dalam 12 bulan pemakaian lebih sedikit dibandingkan kelompok umur lain, yaitu 39 % pada wanita usia 25-34 tahun dan 32% pada wanita 35-49 tahun. Dibandingkan dengan wanita usia 25 tahun keatas, wanita yang lebih muda lebih cenderung untuk menyatakan berhenti berKB karena ingin memperoleh anak, tetapi mereka kurang cenderung untuk menyatakan kegagalan metode sebagai alasan utama berhenti berKB. Data dari Bangladesh menunjukkan bahwa dalam dua tahun pertama pemakaian kontrasepsi, diantara pemakai kontrasepsi oral, remaja mempunyai pola ganti pakai kontrasepsi yang tidak berbeda dengan kelompok umur lain. Akan tetapi wanita usia remaja pemakai

kontrasepsi modern lain mempunyai kemungkinan lebih tinggi untuk *switching* ke metode lain dibandingkan pada wanita kelompok usia lebih tua. (Pachauri dan Santya, 2002).

Keputusan seorang akseptor KB untuk melanjutkan atau menghentikan pemakaian kontrasepsi erat kaitannya dengan paritas perempuan. Menurut Kahn et al. (1989) Jumlah anak masih hidup, bukan jumlah anak yang pernah dilahirkan hidup, sering digunakan untuk mengukur paritas karena hal itu lebih akurat dalam menunjukkan komposisi keluarga perempuan saat itu. (Rajagukguk, 1999).

Selain itu jumlah anak masih hidup juga berpengaruh terhadap pemilihan metode kontrasepsi. Seorang perempuan yang memiliki jumlah anak masih hidup lebih banyak atau telah mencapai ukuran keluarga yang diinginkan, sering dihipotesiskan berasosiasi dengan meningkatnya pemakaian metode kontrasepsi yang lebih efisien seperti sterilisasi, IUD dan Norplant dengan tujuan untuk membatasi kelahiran.

Curtis dan Neitzel (1996) menemukan bahwa di daerah Amerika Latin/Karibia, Mesir, Indonesia dan Maroko pemakaian kontrasepsi paling tinggi pada perempuan dengan tiga atau empat anak masih hidup, sedangkan di daerah Asia, Afrika Selatan dan hampir di seluruh daerah Sub Sahara ditemukan bahwa pemakaian kontrasepsi (terutama metode kontrasepsi modern) meningkat seiring dengan banyaknya jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang perempuan (Rajagukguk, 1999).

Analisis Curtis dan Blanc (1997) melakukan perbandingan pada enam negara dengan melibatkan cukup banyak variabel, sehingga kesimpulan secara umum yang dikemukakan kurang jelas menggambarkan hubungan dan pengaruh masing-masing variabel terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang berbeda-beda untuk setiap negara. Khusus untuk Indonesia berdasarkan data SDKI 1994, hasil penelitian Curtis dan Blanc (1997) menunjukkan bahwa jika dibanding perempuan yang mempunyai 3 atau 4 anak hidup, perempuan yang belum punya anak hidup mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami kegagalan kontrasepsi dan menghentikan pemakaian kontrasepsi, akan tetapi mempunyai risiko lebih kecil untuk ganti cara pakai kontrasepsi.

Penelitian Arifin (2002) tidak berhasil menemukan adanya pengaruh jumlah anak masih hidup terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi di Propinsi Bali dengan menggunakan data SDKI 1991 dan 1994. Hal ini mungkin disebabkan karena sedikitnya jumlah kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi yang dibagi lagi menurut berbagai alasan yang dipelajarinya sehingga mempengaruhi hasil estimasi.

Analisis bivariat dengan prosedur life table yang menghasilkan estimasi tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi (Waloejo et.al, 1991; BKKBN dan LDFEUI, 1994) secara konsisten menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang perempuan, maka semakin tinggi tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi.

Sedangkan pada penelitian Wiyono dan Handayani (2004) kesimpulan yang diperoleh adalah semakin banyak jumlah yang pernah dilahirkan hidup oleh seorang perempuan maka semakin tinggi tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsinya. Ukuran paritas yang digunakan dalam penelitian ini adalah jumlah anak yang dilahirkan hidup bukan jumlah anak yang masih hidup.

Umur kawin pertama adalah salah satu indikator potensial dari status wanita, karena perkawinan pada usia remaja umumnya lebih sering diatur orang tua dan sering berasosiasi dengan pendidikan rendah serta orientasi yang mengarah pada peranan domestik. Secara relatif berhubungan dengan fertilitas tinggi dan rendahnya pemakaian kontrasepsi (Murti dan De Vos, 1985 dalam Rajagukguk, 1999)

Dalam penelitian Adioetomo (1997) mengenai kualitas pelayanan KB di Indonesia menggunakan data IFLS 1993, hasil analisis *censored regression* untuk melihat pengaruh kualitas pelayanan KB dan variabel sosiodemografi lainnya terhadap durasi/lama pakai kontrasepsi modern menunjukkan bahwa variabel umur kawin pertama berpengaruh negatif signifikan terhadap durasi/lama pakai kontrasepsi modern, dimana semakin tua umur kawin pertama seorang perempuan maka semakin singkat durasi/lama pemakaian kontrasepsi modern.

2.2.5. Faktor Sosioekonomi dan Daerah Tempat Tinggal

Pendidikan perempuan adalah salah satu prediktor paling penting dari pola pemakaian kontrasepsi. Pendidikan dapat menjadi pendorong utama dalam perubahan sosial dan asimilasi dalam perilaku reproduksi melalui program keluarga berencana. Semakin tinggi pendidikan perempuan diharapkan semakin mudah bagi mereka untuk menerima hal-hal baru dan mencerna berbagai informasi yang diterimanya sehingga pendidikan perempuan yang semakin tinggi mengarahkan pada pengetahuan yang lebih baik mengenai berbagai metode kontrasepsi dan program KB secara keseluruhan.

Faktor sosial ekonomi seperti tingkat pendidikan perempuan cenderung mempunyai hubungan yang lemah dengan kelangsungan/ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi (Ali dan Cleland, 1996). Tingkat pendidikan wanita juga dinyatakan sebagai determinan yang tidak signifikan terhadap kecenderungan untuk mengalami kegagalan kontrasepsi dan berhenti berKB yang berhubungan dengan menurunnya kebutuhan kontrasepsi (Curtis dan Blanc, 1997). Akan tetapi tingkat pendidikan mempunyai pengaruh signifikan terhadap kecenderungan ganti cara pakai kontrasepsi, dimana perempuan yang berpendidikan lebih tinggi mempunyai kecenderungan lebih besar untuk ganti cara pakai kontrasepsi (Curtis dan Blanc, 1997; O.B. Rajagukguk, 1997; W. Rajagukguk, 1999).

Tingkat pendidikan wanita berhubungan dengan risiko penggantian metode kontrasepsi. Wanita berpendidikan tinggi cenderung mempunyai pengetahuan dan kepekaan lebih tinggi pada efek samping pemakaian kontrasepsi. Mereka juga cenderung lebih peduli pada ketersediaan pilihan metode kontrasepsi dan mengetahui bagaimana dan dimana memperolehnya. Sehingga jika merasa tidak puas dengan suatu metode kontrasepsi, kemungkinan besar mereka akan segera berganti pakai dengan metode kontrasepsi yang lebih sesuai dengan keinginan dan kebutuhannya (Steele dan Diamond, 1999)

Tingkat pendidikan secara signifikan berpengaruh terhadap risiko kegagalan kontrasepsi. Dengan data SDKI 1994 Propinsi Bali penelitian Arifin (2002) menemukan hal yang menarik dimana wanita yang tidak sekolah/tidak tamat SD dan wanita yang berpendidikan tamat SD justru kurang cenderung untuk

putus pakai kontrasepsi yang disebabkan kegagalan metode. Alasan yang dikemukakannya dari tingginya risiko kegagalan kontrasepsi diantara wanita berpendidikan tinggi adalah karena wanita lebih berpendidikan lebih produktif/subur.

Kebanyakan penelitian yang menggunakan *life table* untuk untuk memperoleh tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan perempuan maka semakin tinggi tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Dengan kata lain pemakaian kontrasepsi pada akseptor KB yang berpendidikan lebih tinggi semakin singkat (Waloejo, 1991; BKKBN dan LDFEUI, 1994; Fathonah, 1997 dan 2000; Prihyugianto dan Mudjiyanto, 2004; Wiyono dan Handayani, 2004)

Pendidikan suami telah ditemukan berhubungan positif dengan pemakaian alat KB dan pemilihan kontrasepsi tertentu di Sri Lanka (Khan et.al 1989 dalam Rajagukguk, 1997) yang mengemukakan bahwa perempuan yang pendidikan suaminya lebih tinggi cenderung memakai metode modern yang bersifat temporer, sterilisasi dan metode tradisional daripada tanpa metode dibandingkan dengan perempuan yang suaminya berpendidikan lebih rendah. Akan tetapi banyak studi yang menemukan bahwa pengaruh pendidikan suami pada pemakaian dan pemilihan metode kontrasepsi tidak sekuat pengaruh pendidikan perempuan.

Pengambilan keputusan dalam keluarga umumnya tidak terlepas dari sikap dan keputusan suami sebagai kepala keluarga. Oleh karena itu penting untuk melihat pengaruh pendidikan suami terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi, karena pendidikan suami juga memainkan peranan penting dalam perilaku pemakaian kontrasepsi khususnya kelangsungan pemakaian alat/cara KB. Pendidikan suami yang lebih baik selain mengarah pada pengetahuan yang lebih baik mengenai keluarga berencana juga menciptakan komunikasi yang baik diantara suami istri. Hal ini dapat meningkatkan motivasi perencanaan keluarga, yang kemudian diterjemahkan dalam kedisiplinan menggunakan kontrasepsi.

Tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi menurut pendidikan suami menunjukkan pola yang konsisten seperti halnya pada pendidikan perempuan, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan suami maka semakin rendah tingkat

kelangsungan pemakaian kontrasepsi (BKKBN dan LDFEUI, 1994; Wiyono dan Handayani, 2004).

Arifin (n.d) tidak berhasil menemukan pengaruh signifikan dari tingkat pendidikan suami terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi di Propinsi Bali, baik pada periode 1986-1991 maupun pada periode 1991-1994. Hal ini mungkin disebabkan karena jumlah kasus diskontinyu pemakaian kontrasepsi di Propinsi Bali yang sangat sedikit sehingga mempengaruhi hasil estimasi.

Sedangkan Rajagukguk (1997) menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan suami berhubungan positif dengan risiko ganti cara pakai kontrasepsi (switching). Perempuan yang suaminya berpendidikan lebih tinggi mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengganti metode kontrasepsi yang digunakannya.

Lemahnya kemampuan ekonomi seorang akseptor berhubungan dengan ketidakmampuan membiayai kebutuhan kontrasepsinya, seperti kemampuan membeli alat kontrasepsi atau membayar pelayanan KB yang dibutuhkannya. Sehingga penting untuk melihat pengaruh tingkat kesejahteraan akseptor terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.

Secara historis, status sosioekonomi dan pemakaian kontrasepsi mempunyai hubungan kuat dan konsisten di negara berkembang, meskipun penjelasan dari hubungan ini masih menjadi perdebatan pada beberapa dekade. Menurut sisi penawaran, rendahnya pemakaian kontrasepsi oleh penduduk dengan pendapatan rendah karena keterbatasan finansial dan isolasi geografis telah menyebabkan kesulitan terbesar bagi pasangan miskin untuk memperoleh kontrasepsi. Dari sisi permintaan, wanita miskin cenderung untuk tidak menggunakan kontrasepsi karena faktor kultur sosial dan sikap perilaku yang mempertimbangkan anak sebagai aset ekonomi potensial dan menjunjung tinggi norma keluarga besar (Schoemaker, 2005).

Berdasarkan data SDKI 2002-2003 banyak perempuan miskin yang dapat memperoleh kontrasepsi dari sumber pelayanan swasta seperti bidan praktek dan bidan desa (yang melayani sebagian besar akseptor KB di Indonesia dari sumber pelayanan swasta). Secara umum, bidan praktek dan bidan desa mengenakan biaya hanya sedikit lebih tinggi dari biaya pelayanan di fasilitas pemerintah bagi mereka yang mampu secara ekonomi, akan tetapi para bidan ini memberikan

Universitas Indonesia

potongan biaya kontrasepsi lebih murah bagi mereka yang kurang mampu. Berdasarkan survei anggota Ikatan Bidan Indonesia, 76 persen bidan praktek mempunyai struktur biaya yang fleksibel yang disesuaikan dengan kemampuan ekonomi peserta KB (Schoemaker, 2005). Dari hal tersebut dapat disimpulkan bahwa hambatan pemenuhan kebutuhan kontrasepsi pada wanita kurang mampu akibat keterbatasan kemampuan ekonomi semakin berkurang.

Pola yang tidak konsisten dari tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi menurut tingkat kesejahteraan ditunjukkan pada penelitian Wiyono dan Handayani (2004) di Jawa Tengah dan Jawa Timur dan penelitian Prihyugiarto dan Mudjiarto (2004) di Indonesia. Secara umum dapat disimpulkan tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi menurut status sosial ekonomi tidak menunjukkan perbedaan yang mencolok.

Penelitian Curtis dan Blanc (1997), menemukan pengaruh signifikan dari tingkat kesejahteraan wanita terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi di Indonesia. Pengaruh ini tidak ditemukan di lima negara lainnya yang dipelajari. Mereka menemukan bahwa semakin tinggi status sosialekonomi wanita maka semakin rendah risiko mengalami kegagalan kontrasepsi, dan menurunkan risiko putus pakai baik ketika membutuhkan maupun tidak membutuhkan kontrasepsi. Akan tetapi meningkatnya status sosial ekonomi wanita akan meningkatkan risiko untuk ganti cara pakai kontrasepsi.

Tinggal di daerah yang lebih berkembang dapat mendorong suatu keinginan yang lebih besar untuk membatasi ukuran keluarga dan memperoleh pengetahuan yang lebih luas serta akses yang lebih mudah pada fasilitas pelayanan KB dan juga akses terhadap metode kontrasepsi yang diinginkan. Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa tempat tinggal perkotaan secara positif berhubungan dengan pemakaian kontrasepsi. Hidup di wilayah yang lebih berkembang mempermudah mendapatkan metode kontrasepsi yang lebih efektif (Rajagukguk, 1999).

Penelitian Laing (1985) dengan menggunakan data Community Outreach Survey tahun 1980 di Philipina mengemukakan bahwa wanita peserta KB yang tinggal di perkotaan mempunyai angka kelangsungan yang lebih tinggi dibandingkan akseptor KB yang tinggal di wilayah pedesaan

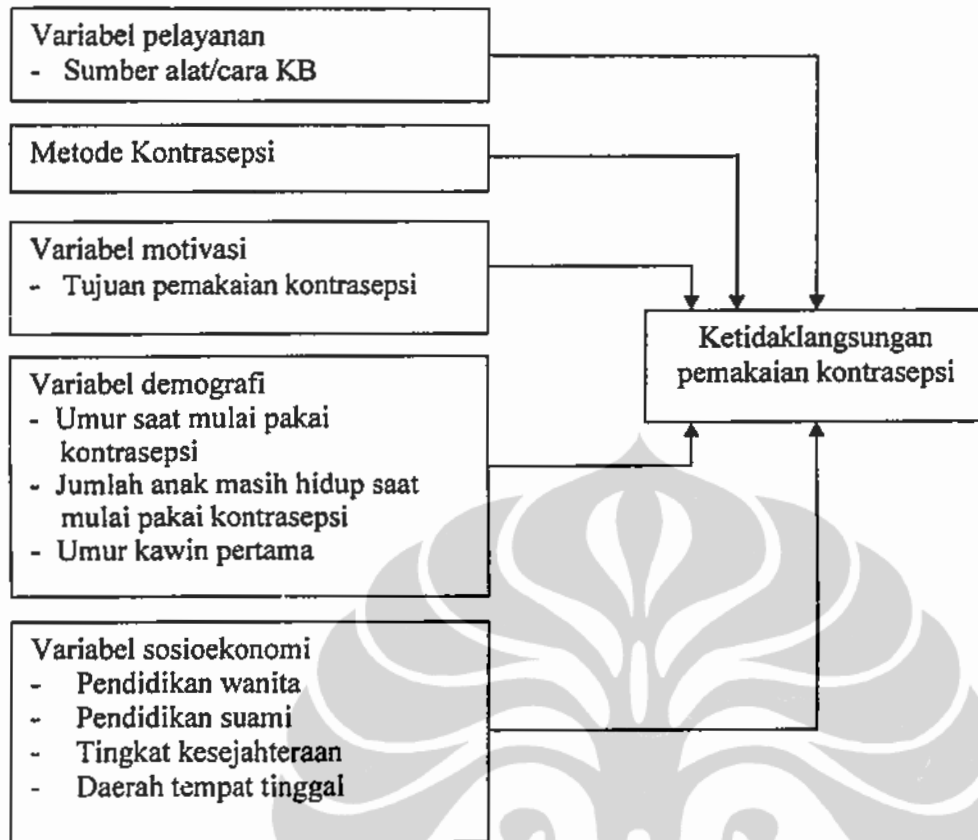
Berbeda dengan hasil penelitian Laing (1985), Fathonah (1997 dan 2000) yang melakukan analisis tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi di Indonesia menggunakan data SDKI 1994 dan SDKI 1997 mengemukakan bahwa wanita Indonesia yang tinggal di perkotaan, akan cenderung lebih cepat menghentikan pemakaian kontrasepsi, atau dengan kata lain memiliki angka kelangsungan lebih rendah.

Berdasarkan data SDKI 2002/2003, akseptor pil dan IUD yang tinggal di pedesaan mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih tinggi dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan. Sedangkan diantara pemakai metode KB suntik dan implant, akseptor yang tinggal di perkotaan mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih tinggi dibanding akseptor di pedesaan (Prigyugiaro dan Mudjiarto, 2004).

Hasil penelitian Arifin (2002) mengenai ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi di Bali menunjukkan bahwa pada periode 1989-1994 daerah tempat tinggal berpengaruh signifikan terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang disebabkan kegagalan kontrasepsi. Akseptor yang bertempat tinggal di wilayah perkotaan mempunyai kecenderungan lebih kecil untuk berhenti memakai kontrasepsi yang disebabkan adanya kegagalan kontrasepsi dibandingkan akseptor yang bertempat tinggal di pedesaan.

2.3. Kerangka Pikir Analisis

Berdasarkan teori yang dikemukakan, penelitian ini akan mempelajari lebih lanjut pengaruh variabel sumber alat/cara KB dan faktor sosiodemografi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Kerangka pikir analisis yang akan dibangun adalah sebagai berikut.



Gambar 2.4 Kerangka pikir analisis

Berbagai studi telah menunjukkan bahwa kualitas dan aksesibilitas pelayanan KB berpengaruh terhadap penerimaan dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Informasi mengenai sumber alat/cara KB dapat menggambarkan akses masyarakat terhadap pelayanan kontrasepsi dan menunjukkan kualitas pelayanan alat/cara KB yang diberikan kepada akseptor yang tercermin dari rendahnya ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Sumber alat/cara KB yang berbeda mempunyai penempatan strategi dan target pelayanan yang berbeda, hal tersebut berhubungan dengan tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi (Steele, n.d). Oleh karena itu adalah penting untuk mempelajari pengaruh sumber alat/cara KB terhadap ketidaklangsungan kontrasepsi.

Berdasarkan teori dan temuan dari penelitian sebelumnya diketahui bahwa ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi juga dipengaruhi oleh metode kontrasepsi yang digunakan. Metode kontrasepsi jangka panjang diharapkan

menurunkan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Akan tetapi pengaruh metode kontrasepsi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi juga tergantung pada faktor-faktor individu seperti faktor sosiodemografi dan wilayah.

Faktor demografi seperti umur, jumlah anak masih hidup saat mulai memakai kontrasepsi dan umur kawin pertama telah diketahui berpengaruh terhadap kelangsungan/ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Tujuan pemakaian kontrasepsi dapat mencerminkan motivasi akseptor dalam berKB yang pada gilirannya berpengaruh terhadap kelangsungan/ ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

Perbedaan tingkat pendidikan dan daerah tempat tinggal juga berpengaruh terhadap keputusan untuk kontinu atau diskontinu pemakaian kontrasepsi. Perbedaan tingkat pendidikan, tingkat kesejahteraan dan daerah tempat tinggal menunjukkan perbedaan akses terhadap metode kontrasepsi dan pelayanan KB. Meningkatnya pendidikan mengarah pengetahuan dan kepedulian yang lebih luas mengenai kelebihan dan kelemahan suatu metode kontrasepsi. Meningkatnya status sosialekonomi diduga dapat menurunkan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

2.4. Hipotesis Penelitian

Sesuai dengan perumusan masalah dan tujuan penelitian maka hipotesis yang diajukan dalam analisis kelangsungan pemakaian kontrasepsi ini adalah sebagai berikut.

1. Pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang memperoleh alat/cara KB dari sumber swasta atau pemerintah mempunyai angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih rendah dan memiliki risiko lebih kecil untuk berhenti/ganti cara pemakaian kontrasepsi dibandingkan pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang mendapatkan alat/cara KB dari sumber lainnya. Memperoleh pelayanan alat/cara KB dari sumber swasta dan pemerintah umumnya diperlukan biaya dan usaha lebih besar dibandingkan dengan memperolehnya dari sumber pemerintah atau lainnya, sehingga dengan biaya

- dan usaha yang lebih besar untuk mendapatkan alat/cara KB diharapkan pemakaian kontrasepsi akan bertahan lebih lama.
2. Pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implan mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih rendah dan memiliki probabilitas lebih kecil untuk mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi dibandingkan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.
 3. Pemakaian kontrasepsi dengan tujuan menunda kelahiran mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih tinggi dan diduga mempunyai peluang lebih besar untuk lebih cepat berhenti memakai suatu alat kontrasepsi dibandingkan pemakaian kontrasepsi dengan tujuan membatasi kelahiran. Wanita yang berKB dengan tujuan menunda kelahiran akan cenderung lebih cepat berhenti berKB untuk mendapatkan anak lagi, sedangkan wanita yang tujuan pemakaian kontrasepsinya untuk membatasi kelahiran diharapkan akan lebih lama memakai kontrasepsi karena umumnya sudah tidak menginginkan anak lagi.
 4. Semakin tua umur seorang wanita diharapkan semakin rendah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dan semakin kecil peluang untuk lebih cepat putus pakai kontrasepsi. Wanita yang lebih tua umumnya sudah memiliki anak lebih banyak, dengan tujuan untuk membatasi kelahiran. pemakaian kontrasepsi mereka lebih bertahan lama. Sedangkan akseptor berusia lebih muda umumnya belum memiliki jumlah anak seperti yang diinginkannya sehingga cenderung untuk lebih cepat berhenti memakai kontrasepsi untuk memperoleh anak lagi atau ganti cara kontrasepsi untuk mencari metode yang paling sesuai dengan kebutuhan dan keinginannya.
 5. Semakin banyak jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang wanita maka semakin rendah angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dan semakin kecil probabilitas untuk diskontinu pemakaian kontrasepsi lebih cepat. Wanita yang belum mempunyai anak atau jumlah anak sedikit masih berkeinginan besar untuk memperoleh anak atau menambah anak sehingga mempunyai risiko lebih besar untuk menghentikan pemakaian kontrasepsi.
 6. Pemakaian kontrasepsi oleh seorang wanita yang memasuki jenjang perkawinan pada usia lebih tua diduga mempunyai tingkat putus pakai

kontrasepsi lebih tinggi dan mempunyai risiko untuk putus pakai kontrasepsi lebih cepat daripada pemakaian kontrasepsi oleh seorang wanita yang memasuki jenjang perkawinan pada usia lebih muda.

7. Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang wanita diharapkan semakin rendah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dan semakin kecil peluang untuk lebih cepat putus pakai kontrasepsi. Diharapkan dengan meningkatnya pendidikan seseorang semakin luas pengetahuan yang dimilikinya dan semakin mudah bagi mereka untuk menerima hal-hal baru dan mencerna informasi tentang metode KB yang diterimanya sehingga akan menghasilkan kedisiplinan yang tinggi dalam berKB dan cenderung lebih lama pemakaian kontrasepsinya.
8. Semakin tinggi tingkat pendidikan suami diharapkan semakin rendah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dan semakin kecil peluang untuk lebih cepat putus pakai kontrasepsi. Diharapkan dengan meningkatnya pendidikan suami semakin luas pengetahuan dan semakin mudah menerima hal-hal baru, sehingga dapat berbagi pengetahuan dan mendorong istri untuk lebih disiplin dan bertahan lebih lama pemakaian kontrasepsinya
9. Semakin tinggi tingkat kesejahteraan wanita pemakai KB diharapkan semakin rendah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dan semakin rendah probabilitas untuk lebih cepat mengalami putus pakai kontrasepsi. Wanita yang mempunyai status sosialekonomi lebih tinggi mempunyai kemampuan lebih besar untuk membiayai pemakaian kontrasepsinya, sehingga cenderung untuk lebih lama memakai kontrasepsi dibandingkan wanita yang kurang mampu secara ekonomi.
10. Pemakaian kontrasepsi oleh wanita peserta KB yang tinggal di pedesaan memiliki angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih rendah dan mempunyai risiko lebih besar untuk menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih cepat daripada pemakai KB yang tinggal di perkotaan. Keberlangsungan pemakaian kontrasepsi lebih lama di wilayah perkotaan berkaitan dengan kemudahan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi dan pelayanan KB dari berbagai sumber alat/cara KB.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 modul wanita pernah kawin (WPK). SDKI merupakan survei yang dilakukan secara berkala oleh BPS bekerja sama dengan BKKBN, Departemen Kesehatan dan Macro International Inc.

Pelaksanaan lapangan SDKI 2007 dilaksanakan dari tanggal 25 Juni sampai dengan 31 Desember 2007. Namun demikian, pelaksanaan lapangan harus diperpanjang di beberapa provinsi yaitu di Kepulauan Riau, Papua, dan Papua Barat akibat banjir dan kendala lain, sehingga pelaksanaan lapangan di seluruh wilayah Indonesia selesai pada Februari 2008.

Metode penarikan sampel yang digunakan pada SDKI 2007 adalah sampling dua tahap (*two stage sampling*). Pada tahap pertama dilakukan pemilihan sampel sebanyak 1.694 blok sensus yang terdiri dari 676 blok sensus di daerah perkotaan dan 1018 blok sensus di daerah pedesaan. Pada tahap kedua dari masing-masing blok sensus terpilih tersebut dipilih sampel sebanyak 25 rumah tangga secara sistematis.

Kerangka sampel yang digunakan sebagai dasar pemilihan blok sensus SDKI 2007 adalah daftar sampel blok sensus terpilih Survei Angkatan Kerja Nasional (SAKERNAS) 2007, sehingga keseluruhan sampel blok sensus SDKI 2007 merupakan sub sampel dari blok sensus terpilih SAKERNAS 2007. Daftar listing (pendaftaran rumah tangga) SAKERNAS 2007 dapat langsung digunakan sebagai kerangka sampel pemilihan rumah tangga SDKI 2007.

Kegiatan SDKI 2007 meliputi pencatatan rumah tangga dan tiga modul individu, yaitu modul wanita pernah kawin (WPK) yang ditanyakan kepada responden wanita pernah kawin berusia 15 – 49 tahun, modul pria kawin (PK) yang ditanyakan kepada responden pria berstatus kawin berusia 15 – 54 tahun,

dan modul remaja (R) yang ditanyakan kepada responden remaja usia 15 – 24 tahun.

Jumlah rumah tangga yang berhasil diwawancarai sebanyak 40.701 rumah tangga (99 persen dari jumlah rumah tangga sampel). Dari rumah tangga yang berhasil diwawancarai tersebut diperoleh 32.895 wanita pernah kawin usia 15-49 tahun dan 8.758 pria kawin usia 15-54 tahun berhasil diwawancarai, di seluruh propinsi di wilayah geografis Indonesia..

Kuesioner wanita pernah kawin dibagi menjadi 10 bagian : 1) latar belakang responden, 2) riwayat kelahiran, 3) pengetahuan dan praktek keluarga berencana, 4A) kehamilan, pemeriksaan sesudah melahirkan dan pemberian ASI, 4B) imunisasi, kesehatan dan gizi, 5) perkawinan dan kegiatan seksual 6) preferensi fertilitas, 7) latar belakang suami dan pekerjaan responden, 8) HIV/AIDS dan infeksi menular seksual lainnya, 9) kematian ibu. Dan pada bagian akhir, kuesioner SDKI mengumpulkan informasi menggunakan format kalender

Kalender SDKI 2007 berbentuk matrik yang terdiri dari 72 baris dan 4 kolom. Masing-masing baris menunjukkan informasi setiap bulan pada periode lima sampai enam tahun sebelum survey, dimana baris pertama menunjukkan informasi pada bulan Desember 2007 dan baris terakhir menunjukkan informasi pada bulan Januari 2002. Kolom-kolom dalam kalender SDKI digunakan untuk mencatat informasi yang berbeda pada masing-masing bulan (baris). Kolom pertama digunakan untuk mencatat informasi mengenai periode pakai dan tidak pakai kontrasepsi, kehamilan, kelahiran dan keguguran/lahir mati. Kolom kedua mencatat sumber alat/cara KB yang digunakan, dimana setiap kali responden menggunakan alat/cara KB pada kolom pertama maka pada baris yang sama pada kolom kedua harus terisi sumber alat/cara KB tersebut. Alasan berhenti atau ganti cara pakai kontrasepsi dicatat pada kolom ketiga. Sedangkan kolom terakhir berisi informasi mengenai status kawin responden pada periode Januari 2002 hingga Desember 2007.

Dalam penelitian ini informasi dari kalender SDKI 2007 yang digunakan hanya kolom 1 untuk memperoleh informasi mengenai pemakaian kontrasepsi dan kolom 2 untuk mendapatkan informasi mengenai sumber alat/cara KB.

3.2. Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.1. menyajikan variabel terikat dan variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini. Penjelasan lebih lanjut mengenai bagaimana variabel-variabel tersebut didefinisikan dan diukur adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1. Definisi operasional variabel

N o.	Nama Variabel	Kategori	Definisi operasional
1.	Durasi		lama pemakaian suatu metode kontrasepsi sejak mulai pakai hingga berhenti memakai kontrasepsi, ganti cara kontrasepsi atau menjadi hamil, yang dinyatakan dalam satuan bulan (Data kalender SDKI kolom 1)
2.	Metode	1. IUD 2. Sususk KB 3. Suntik 4. Pil 5. Modern lainnya 6. Tradisional/lainnya *	Metode kontrasepsi yang digunakan (Data kalender SDKI kolom 1)
3.	Sumber	1. Swasta 2. Pemerintah 3. Sumber lainnya *	Sumber alat/cara KB (kalender SDKI kolom 2)
4.	Umur	1. < 20 * 2. 20 – 24 3. 25 – 34 4. 35 +	Umur WPK pada saat awal episode pakai kontrasepsi
5.	AMH	1. 0 * 2. 1 – 2 3. 3 – 4	Banyaknya anak masih hidup saat awal episode pakai kontrasepsi.
6.	Tujuan kontrasepsi	1. Menunda * 2. Membatasi	Tujuan pemakaian kontrasepsi pada awal episode pakai
7	UKP	1. < 20 2. ≥ 20 *	Umur kawin pertama
8.	Didik_WPK	1. Tidak sekolah * 2. SD 3. SLTP 4. SLTA +	Jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan WPK
9	Didik_Suami	1. Tidak sekolah * 2. SD 3. SLTP 4. SLTA +	Jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan suami
10	Wealth	1. Rendah * 2. Sedang 3. Tinggi	Indeks kekayaan kuintil yang kemudian disederhanakan menjadi 3 kategori
11	DTF	1. Pedesaan * 2. Perkotaan	Klasifikasi daerah tempat tinggal

Keterangan : *) kategori pembandingan

3.2.1. Variabel Terikat

Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Dalam penelitian ini ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi didefinisikan sebagai pemakaian kontrasepsi yang terputus atau tidak berlangsung secara terus menerus, dimana terdapat jeda atau interupsi yang disebabkan karena berhenti memakai kontrasepsi, berganti (*switching*) metode kontrasepsi atau menjadi hamil.

Variabel ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dalam penelitian ini diukur dengan durasi/lama pemakaian suatu alat kontrasepsi yaitu lama pemakaian suatu metode kontrasepsi sejak mulai pakai hingga berhenti memakai kontrasepsi, ganti cara kontrasepsi atau menjadi hamil. Variabel durasi pemakaian kontrasepsi ini mempunyai skala pengukuran interval dan dinyatakan dalam satuan bulan.

3.2.2. Variabel Bebas

Variabel-variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut, dengan kategori variabel dengan tanda bintang (*) merupakan kategori acuan.

1. Sumber alat/cara KB

Variabel sumber alat/cara KB diperoleh dari kelender SDKI 2007 kolom 2. Setiap kali responden menggunakan alat/cara KB pada kolom 1 maka harus ada isian sumber alat/cara KB tersebut pada kolom 2. Dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu :

- 1 = swasta (RS swasta, klinik swasta, dokter praktek, bidan praktek, bidan di desa, apotek/toko obat)
- 2 = pemerintah (RS pemerintah, PUSKESMAS/ PUSTU, klinik pemerintah, PLKB, TKBK/TMK)
- 3 = sumber lainnya (POLINDES, POSYANDU, Pos KB/PPKBD, teman/keluarga, toko, lainnya) *)

2. Metode kontrasepsi

Variabel metode kontrasepsi yang digunakan diperoleh dari data kalender SDKI 2007 kolom 1 untuk masing-masing segmen/episode pakai kontrasepsi, yang dikategorikan menjadi enam kategori yaitu :

- 1 = IUD
- 2 = Susuk KB
- 3 = Suntikan
- 4 = Pil
- 5 = Metode modern lainnya (kondom dan metode amenore laktasi)
- 6 = Metode tradisional/lainnya (pantang berkala, senggama terputus dan lainnya) *)

3. Tujuan pemakaian kontrasepsi (contraceptive intention)

Variabel tujuan pemakaian kontrasepsi digunakan dalam penelitian ini sebagai pendekatan untuk mengetahui seberapa kuat motivasi wanita untuk mencegah kehamilan dan kelahiran.

Variabel tujuan pemakaian kontrasepsi ditentukan berdasarkan pernyataan wanita mengenai keinginan kelahiran berikutnya setelah episode pemakaian. Hal ini dapat dilihat pada preferensi waktu kelahiran yang terjadi pada periode 2002 hingga 2007. Jika responden menyatakan bahwa kelahiran tersebut diinginkan pada waktu itu atau diinginkan kemudian, maka tujuan berKB pada episode pakai kontrasepsi sebelum kelahiran tersebut dikategorikan sebagai menunda kelahiran (*spacing*). Sedangkan wanita yang menyatakan bahwa kelahiran tersebut tidak diinginkan maka episode pakai kontrasepsi sebelum kelahiran tersebut dikategorikan sebagai membatasi kelahiran (*limiting*).

Jika tidak ada kelahiran setelah episode pakai kontrasepsi, variabel tujuan berKB ini ditentukan berdasarkan preferensi fertilitas responden pada saat survei. Jika responden menyatakan ingin mempunyai anak lagi atau menjawab tidak tahu (*undecided*) dalam menentukan preferensi fertilitasnya maka tujuan pemakaian kontrasepsinya dikategorikan sebagai menjarangkan/menunda (*spacing*). Sedangkan jika responden menyatakan bahwa ia tidak ingin menambah anak lagi dikategorikan sebagai membatasi/mencegah (*limiting*).

Jika berdasarkan informasi preferensi waktu kelahiran dan preferensi fertilitas saat survei belum dapat ditentukan tujuan pemakaian kontrasepsinya (misalnya responden menyatakan bahwa ia sudah tidak dapat hamil lagi atau tidak lagi berhubungan sex), variabel tujuan pemakaian kontrasepsi diperoleh dengan membandingkan jumlah anak ideal yang disebutkan responden pada saat survei dengan jumlah anak masih hidup pada saat awal episode pemakaian kontrasepsi. Jika jumlah AMH pada saat awal suatu episode pemakaian kontrasepsi lebih sedikit dibandingkan jumlah anak ideal, maka tujuan pemakaian kontrasepsi pada episode tersebut dikategorikan sebagai menjarangkan/menunda (*spacing*). Sedangkan jika jumlah AMH pada saat awal suatu episode pemakaian kontrasepsi lebih banyak dibandingkan jumlah anak ideal, maka tujuan pemakaian kontrasepsi pada episode tersebut dikategorikan sebagai membatasi/mencegah (*limiting*). Tujuan pemakaian kontrasepsi dibedakan menjadi dua kategori yaitu :

- 1 = menjarangkan/menunda (*spacing* *)
- 2 = membatasi/mencegah (*limiting*)

Langkah-langkah yang digunakan untuk mendapatkan variabel tujuan pemakaian kontrasepsi yaitu untuk menunda kelahiran (*spacing*) dan membatasi kelahiran (*limiting*) tersebut di atas mengikuti apa yang dilakukan Curtis dan Blanc (1997).

4. Umur wanita pada saat mulai pakai kontrasepsi

Variabel umur responden saat mulai pemakaian alkon untuk setiap episode pemakaian diperoleh dengan menghubungkan bulan dan tahun awal pemakaian alkon pada setiap episode pemakaian (kalender) dengan bulan dan tahun lahir responden. Variabel umur ini dikategorikan menjadi empat kategori yaitu :

- 1 = < 20 tahun *)
- 2 = 20 – 24 tahun
- 3 = 25 – 34 tahun
- 4 = \geq 35 tahun

5. Jumlah anak masih hidup pada saat mulai pakai kontrasepsi

Variabel jumlah anak masih hidup merujuk pada jumlah anak masih hidup yang dimiliki responden pada saat awal masing-masing episode pemakaian kontrasepsi yang diperoleh dengan menghubungkan bulan dan tahun awal pakai pada masing-masing episode pemakaian dengan bulan dan tahun lahir anak serta status hidup anak yang terdapat pada riwayat kelahiran (*birth history*). Dibedakan menjadi tiga kategori yaitu :

- 1 = 0 anak *)
- 2 = 1 – 2 anak
- 3 = 3 – 4 anak
- 4 = \geq 5 anak

6. Umur kawin pertama

Variabel umur kawin pertama diperoleh dari pertanyaan *Berapa umur ibu ketika menikah dengan suami ibu (yang pertama)*. Variabel umur kawin pertama dikategorikan menjadi dua yaitu

- 1 = < 20 tahun
- 2 = \geq 20 tahun *)

7. Tingkat pendidikan wanita.

Variabel tingkat pendidikan wanita merujuk pada tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan seorang wanita pada saat survei. Dikelompokkan menjadi empat kategori yaitu :

- 1 = Tidak sekolah/tidak tamat SD *)
- 2 = Tamat SD
- 3 = Tamat SLTP
- 4 = Tamat SLTA +

8. Tingkat pendidikan suami

Variabel tingkat pendidikan suami merujuk pada tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan suami/mantan suami responden pada saat survei. Dikelompokkan menjadi empat kategori yaitu :

- 1 = Tidak sekolah/tidak tamat SD *)
- 2 = Tamat SD
- 3 = Tamat SLTP
- 4 = Tamat SLTA +

9. Tingkat kesejahteraan

Variabel tingkat kesejahteraan mencerminkan kepemilikan barang dari suatu keluarga yang diukur dengan index kekayaan kuintil (quintile wealth index) yaitu termiskin, menengah bawah, menengah, menengah atas dan terkaya. Dalam penelitian ini variabel tingkat kesejahteraan disederhanakan menjadi 3 kategori yaitu :

- 1 = Rendah (termiskin dan menengah bawah) *)
- 2 = Menengah
- 3 = Tinggi (menengah atas dan terkaya)

10. Daerah tempat tinggal

Variabel daerah tempat tinggal merujuk pada klasifikasi daerah tempat tinggal responden pada saat survei, diperoleh dari pengenalan daerah tempat tinggal, dibedakan menjadi dua kategori yaitu :

- 1 = Pedesaan *)
- 2 = Perkotaan

3.3. Unit Analisis, Penentuan Sensor dan Struktur Data

3.3.1. Unit Analisis

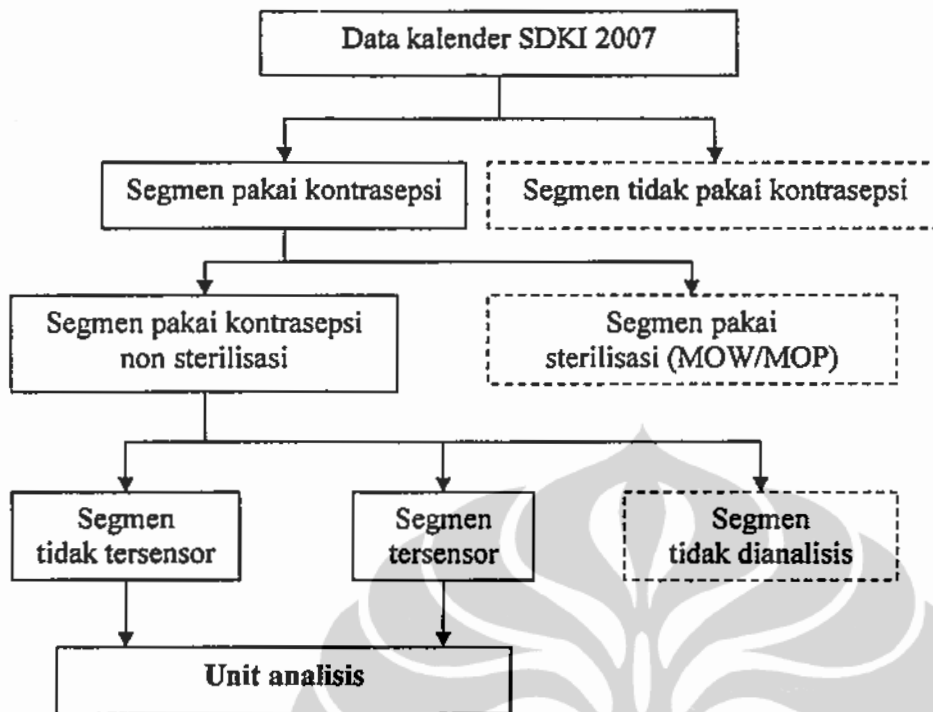
Unit analisis dalam penelitian ini adalah segmen atau episode pemakaian kontrasepsi. Dalam penelitian ini episode pemakaian kontrasepsi didefinisikan sebagai periode pemakaian suatu metode kontrasepsi secara terus menerus, tanpa jeda atau interupsi berhenti pakai, ganti cara pakai dan menjadi hamil meskipun dalam waktu yang amat singkat. Ganti cara pakai kontrasepsi dengan metode lain dianggap sebagai episode pemakaian kontrasepsi terpisah. Misalnya seorang wanita dalam periode 5 tahun pernah menggunakan pil kemudian berganti cara

dengan menggunakan metode suntik untuk kemudian berhenti pakai kontrasepsi karena ingin hamil, maka wanita tersebut dihitung memiliki dua episode pakai kontrasepsi, yaitu episode pakai kontrasepsi pil dan suntik..

Satu segmen atau episode pemakaian kontrasepsi dalam data kalender ditandai dengan adanya sejumlah baris bulan dalam kalender kolom 1 yang terisi dengan kode pemakaian metode kontrasepsi yang sama.

Kalender SDKI 2007 mencakup periode 72 bulan sebelum survey, akan tetapi dalam penelitian ini hanya mencakup periode 60 bulan. Bulan pencacahan dan dua bulan sebelumnya tidak dimasukkan dalam analisis untuk menghindari bias yang disebabkan terjadinya awal kehamilan yang belum diketahui. Sehingga unit analisis yang diamati merujuk pada semua episode pemakaian kontrasepsi pada periode 3-62 bulan sebelum wawancara. Episode pemakaian kontrasepsi yang telah dimulai sebelum awal pengamatan (62 bulan sebelum wawancara) atau setelah akhir pengamatan (3 bulan sebelum wawancara) tidak dimasukkan dalam analisis (*left truncated observations*). Episode pemakaian sterilisasi (MOW dan MOP) tidak dimasukkan dalam analisis karena kemungkinan untuk *drop out* sangat kecil.

Gambar dibawah ini menunjukkan alur pemilihan unit analisis (sampel) yang akan dianalisis dalam penelitian ini.



Gambar 3.1. Alur pemilihan sampel

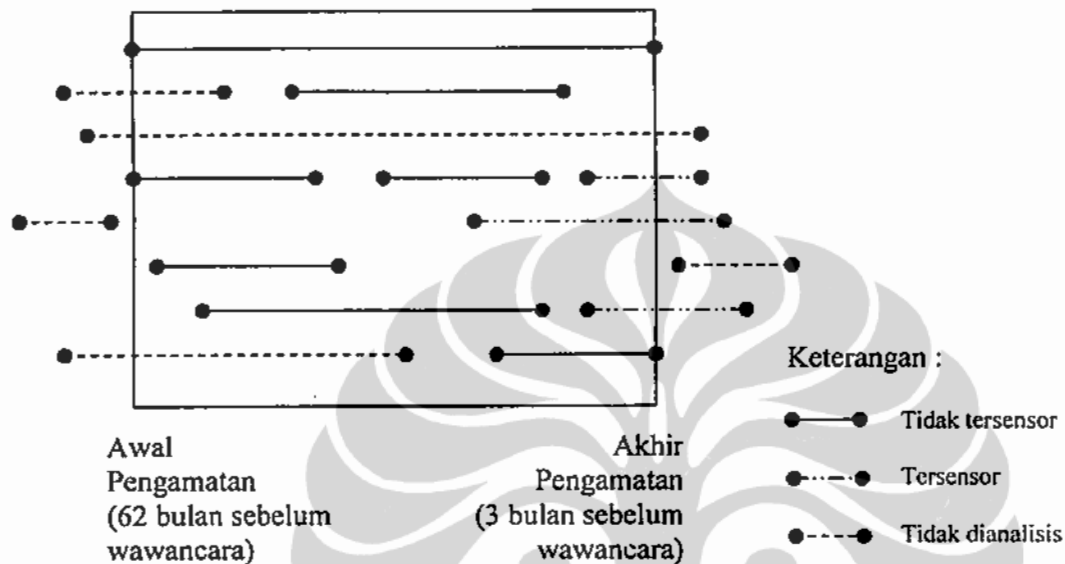
3.3.2. Penentuan Sensor

Penyensoran data ditentukan sebagai berikut :

1. Jika episode pemakaian kontrasepsi sejak mulai pakai hingga berhenti/ganti cara berada dalam periode pengamatan (3-62 bulan sebelum wawancara) dikategorikan sebagai data (episode/segmen pakai) tidak tersensor.
2. Jika mulainya suatu episode pakai kontrasepsi berada pada periode pengamatan dan masih terus menggunakan kontrasepsi hingga akhir pengamatan (3 bulan sebelum wawancara) dikategorikan sebagai data (episode/segmen pakai) tersensor.
3. Jika episode pemakaian kontrasepsi telah dimulai sebelum awal pengamatan (62 bulan sebelum wawancara) kemudian berhenti/ganti cara pada periode pengamatan (3-62 bulan sebelum wawancara) dan episode pemakaian kontrasepsi dari seorang responden yang dimulai sebelum awal pengamatan (62 bulan sebelum wawancara) masih terus memakai alat kontrasepsi hingga akhir pengamatan (3 bulan sebelum wawancara) tanpa terputus tidak

dimasukkan dalam analisis karena tidak diketahui lamanya pemakaian kontrasepsi.

Status sensor bersifat biner dengan nilai 1 untuk pengamatan tidak tersensor dan nilai 2 untuk pengamatan tersensor.



Gambar 3.2. Penentuan sensor

3.3.3. Struktur Data

Berdasarkan definisi operasional variabel, penentuan unit analisis dan penentuan sensor data yang dikemukakan, maka struktur data yang digunakan dalam pengolahan data adalah dicontohkan sebagai berikut.

Tabel. 3.2. Struktur data

WPK	Seg Men	Sen Sor *)	Dura si	Metode	Sumber	Umur	AM II	Tujuan KB	...	Wealth	D T
1	1	1	48	5	3	3	3	2	...	3	1
2	1	1	12	4	2	2	3	2	...	2	2
	2	1	26	3	3	2	2	1	...	2	2
3	1	2	52	6	3	3	4	2	...	3	1
4	1	2	15	4	2	4	4	1	...	1	2
	2	1	12	1	1	4	3	1	...	1	2
	3	1	5	1	1	3	1	1	...	1	2
5	1	1	13	2	1	1	3	1	...	2	1
6	1	2	12	2	1	2	2	1	...	1	2
7	1	1	27	4	3	4	2	1	...	3	1
	2	2	5	1	3	3	2	1	...	3	1

*) 1 = segmen tidak tersensor (diskontinu), 2 = segmen tersensor (kontinu)

3.4. Metode analisis

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis statistik deskriptif, dan analisis statistik inferensial

3.4.1. Analisis Statistik Deskriptif

Analisis deskriptif dalam penelitian ini digunakan untuk memberikan gambaran umum mengenai semua variabel yang digunakan yaitu kelangsungan pemakaian kontrasepsi (variabel terikat), dan variabel bebas yang terdiri metode kontrasepsi, sumber alat/cara KB, umur, jumlah anak masih hidup, tujuan berKB, umur kawin pertama, pendidikan WPK, pendidikan suami, dan daerah tempat tinggal.

Gambaran umum terhadap variabel-variabel tersebut diperoleh melalui analisis univariat dalam bentuk tabel persentase masing-masing kategori untuk data kategorik setiap variabel dan analisis bivariat dalam bentuk tabulasi silang yang dibuat untuk melihat distribusi variabel dan keterkaitan antar variabel.

Menurut Singarimbun (1988) untuk memberikan kesimpulan mengenai hubungan antara variabel-variabel yang diteliti maka sebaiknya digunakan distribusi persentase pada sel-sel dalam tabel. Cara penghitungan persentase sangat menentukan keakuratan interpretasi. Untuk itu, persentase dihitung pada variabel bebas atau dengan kata lain jumlah seratus persen adalah pada kategori variabel bebas. Untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel tak bebas dilakukan dengan membandingkan perbedaan persentase pada masing-masing kategori variabel bebas.

3.4.2. Analisis *Life Table*

Selain tabulasi silang, analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis *life table* untuk mengestimasi tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi (*contraceptive discontinuation rate*). Pengolahan data dengan *life table* memasukkan segmen/episode tersensor dalam prosedur estimasi.

Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi didefinisikan sebagai proporsi pemakai alat/cara KB yang berhenti memakai alat/cara KB tertentu dalam periode waktu yang ditentukan, misalnya dalam waktu 12 bulan (24 bulan, 36 bulan dan seterusnya) setelah pemakaian alat/cara KB . Dalam analisis ini tingkat atau angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi diestimasi hingga bulan ke-60 setelah pemakaian kontrasepsi .

Menurut Curtis dan Blanc (1997) dan Blanc, Curtis dan Croft (1999) Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dapat dihitung dengan dua cara. 1) Tingkat ketidaklangsungan semua cara (*all methods discontinuation rates*) merupakan tingkat ketidaklangsungan berdasarkan perubahan status pakai kontrasepsi dari menggunakan suatu metode kontrasepsi menjadi tidak memakai kontrasepsi atau menjadi hamil. Sehingga ganti cara pakai (*switching*) kontrasepsi tidak diperhitungkan sebagai putus pakai atau diskontinu pemakaian kontrasepsi. Misalnya seorang akseptor yang pada mulanya menggunakan pil KB kemudian ganti cara KB dengan menggunakan suntik, maka episode pemakaian pil KB dan suntik tersebut dianggap sebagai satu episode pakai kontrasepsi. 2) Tingkat ketidaklangsungan metode kontrasepsi tertentu (*methods-specific continuation*

rates) merupakan tingkat ketidaklangsungan berdasarkan perubahan metode kontrasepsi yang digunakan sehingga ganti cara pakai kontrasepsi (*contraceptive switching*) diperhitungkan sebagai diskontinu pemakaian kontrasepsi atau dianggap sebagai episode pemakaian kontrasepsi yang berbeda. Misalnya perempuan yang pada awalnya menggunakan metode KB suntik kemudian *switch* dengan metode IUD, maka perempuan tersebut dikatakan diskontinu pemakaian suntik dan diperhitungkan mempunyai dua episode pakai kontrasepsi yaitu episode pakai kontrasepsi suntik dan IUD.

Dalam penelitian ini metode yang dipakai adalah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi metode tertentu (*method-specific continuation rate*) dimana setiap episode pakai kontrasepsi yang mengalami perubahan status pakai (tidak pakai KB atau menjadi hamil) maupun pergantian metode kontrasepsi (*switching*) diperhitungkan sebagai episode pemakaian kontrasepsi yang berbeda.

Cara Perhitungan Tingkat Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi

Perhitungan tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi didasarkan pada perhitungan tingkat kelangsungan yang didasarkan pada bentuk *life table* dimana tingkat atau angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi merupakan komplemen dari tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi, atau dapat dinotasikan secara matematis sebagai berikut :

$$ACDR_{(i)} = 1 - ACCR_{(i)} \quad \dots\dots\dots (3.1)$$

dalam hal ini

$$ACCR_{(i)} = (CCR_{(i)} + CCR_{(i+1)}) \quad \dots\dots\dots (3.2)$$

$$CCR_{(i)} = [(CCR_{(i-1)})(MCR_{(i)})], i > 1 \quad \dots\dots\dots (3.3)$$

dimana :

$ACDR_{(i)}$ adalah *adjusted cummulative discontinuation rate* yaitu tingkat ketidaklangsungan kumulatif dari saat mulai pakai kontrasepsi sampai dengan bulan ordinal ke-i setelah dilakukan adjustment.

$ACCR_{(i)}$ adalah *adjusted cummulative continuation rate* yaitu tingkat kelangsungan kumulatif dari saat mulai pakai kontrasepsi sampai dengan bulan ordinal ke-i setelah dilakukan adjustment.

$CCR_{(i)}$ adalah tingkat kelangsungan kumulatif dari saat mulai pemakaian hingga bulan ordinal ke-i sebelum dilakukan adjustment

i adalah bulan ordinal, yaitu jangka waktu lama pakai kontrasepsi seorang akseptor, sejak mulai pakai sampai dengan periode waktu yang ditentukan misalnya 12 bulan, 24 bulan dan seterusnya (baik kasus diskontinu (episode tidak tersensor) maupun kasus kontinu (episode tersensor)).

$MCR_{(i)}$ adalah *monthly continuation rates* atau tingkat kelangsungan bulanan

Dalam hal ini tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi kumulatif pada bulan ordinal pertama (CCR_1) diperhitungkan sama dengan tingkat kelangsungan bulanan pertama (MCR_1). Atau dapat ditulis sebagai :

$$CCR_1 = MCR_1 \quad \dots\dots\dots (3.4)$$

$$MCR_{(i)} = 1 - MTR_{(i)} \quad \dots\dots\dots (3.5)$$

$$MTR_{(i)} = T_{(i)} / N^*_{(i)} \quad \dots\dots\dots (3.6)$$

$$N^*_{(i)} = T_{(i)} - (C_{(i)} / 2) \quad \dots\dots\dots (3.7)$$

Untuk mengecek kebenaran perhitungan tingkat kelangsungan untuk setiap bulan ordinal dapat digunakan rumus :

$$N_{(i+1)} = N_{(i)} - T_{(i)} - W_{(i)} \quad \dots\dots\dots (3.8)$$

dimana,

$MTR_{(i)}$ adalah *monthly termination rate* atau tingkat terminasi bulanan pada bulan ordinal ke-i

$T_{(i)}$ adalah jumlah pemakaian kontrasepsi yang mengalami terminasi (jumlah kasus/episode diskontinu) sampai bulan ordinal ke-i

$N^*_{(i)}$ adalah jumlah kasus/episode diskontinu sampai bulan ordinal ke-i ($T_{(i)}$) setelah dikoreksi jumlah kasus/episode kontinu sampai bulan ordinal ke-i ($C_{(i)}$) dibagi 2.

$N_{(i)}$ adalah total kasus (diskontinu dan kontinu) yang masuk dalam observasi pada bulan ordinal ke-i.

$W_{(i)}$ adalah jumlah kasus pemakaian kontrasepsi yang keluar dari observasi pada akhir bulan ordinal ke- i .

Tersedianya berbagai paket program statistik seperti SPSS memudahkan dalam melakukan estimasi tingkat kelangsungan dan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi untuk setiap kategori variabel. Tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi dapat diperoleh dengan membaca angka-angka pada kolom *Cummulative Proportion Surviving at End of Interval* dari tabel output SPSS hasil pengolahan data dengan prosedur *life table*. Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dapat diperoleh dengan mengurangkan bilangan satu dengan tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi.

Dari pengolahan data dengan prosedur *life table* juga diperoleh nilai median lama pemakaian kontrasepsi untuk setiap kategori variabel yang dapat menggambarkan berapa lama seorang pemakai alat/cara KB telah menggunakan kontrasepsi sebelum akhirnya diskontinu. Angka median sering dikatakan mempunyai kelebihan dalam mengeliminasi pengaruh nilai-nilai ekstrim.

3.4.3. Analisis Statistik Inferensial

Analisis inferensial yang digunakan untuk melihat pengaruh variabel bebas (sumber alat/cara KB dan variabel sosiodemografi) terhadap variabel terikat (ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi) adalah model regresi Cox yang juga dikenal dengan *Cox's proportional hazard model*. Model Cox proporsional hazard ini tidak mengasumsikan data *life time* mengikuti distribusi tertentu.

Bila dibandingkan dengan regresi logistik biner, maka model Regresi Cox ini mempunyai kemiripan, terutama dalam melakukan pengujian model dan interpretasi parameter. Dalam regresi logistik biner, variabel terikatnya mempunyai skala pengukuran nominal dengan respon biner, yaitu kategori 1 yang menyatakan kejadian "sukses" dan kategori 0 yang menyatakan kejadian "gagal". Rasio kecenderungan yang dihasilkan model regresi logistik biner menunjukkan perbedaan risiko terjadinya suatu peristiwa atau tidak terjadinya suatu peristiwa, antara satu kategori variabel dengan kategori pembandingnya. Sedangkan dalam

regresi Cox, variabel terikatnya merupakan data survival yang mempunyai skala pengukuran interval. Rasio kecenderungan yang dihasilkan model regresi Cox menunjukkan perbedaan risiko terjadinya kegagalan (*failure event*) antara satu kategori variabel bebas dengan kategori pembanding.

Model regresi Cox digunakan dalam penelitian ini karena variabel terikat merupakan data *life time* dengan skala pengukuran interval yaitu durasi/lamanya pemakaian kontrasepsi dari saat mulai pemakaian kontrasepsi hingga mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi. Selain itu penelitian ini juga bertujuan melihat hubungan dan pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Model hazard yang dibentuk akan menunjukkan perbedaan risiko terjadinya 'kegagalan' yaitu berhenti atau ganti cara (diskontinu) pemakaian kontrasepsi, antara satu kategori variabel bebas dengan kategori pembandingnya.

3.4.3.1. Model Regresi Cox atau *Proportional Hazard Model*

Regresi Cox adalah metode regresi yang digunakan untuk menganalisis data *survival* yaitu data lama hidup atau panjang waktu sampai terjadinya suatu peristiwa tertentu., sedangkan analisis mengenai data *survival* disebut sebagai analisis *survival*. Data survival diperoleh dari catatan waktu yang dicapai suatu objek sampai terjadinya peristiwa tertentu yang disebut sebagai *failure event*. Menurut Cox dan Oakes (1994) dalam menentukan waktu *survival*, T , terdapat tiga elemen yang harus diperhatikan, yaitu:

1. Waktu awal (*time origin*)
2. Definisi *failure event* keseluruhan harus jelas
3. Skala waktu sebagai satuan pengukuran harus jelas.

Perbedaan antara analisis *survival* dengan analisis statistik lainnya adalah adanya data tersensor. Menurut Miller (1998) data dikatakan tersensor apabila pengamatan waktu survivalnya hanya sebagian, tidak sampai terjadi dengan apa yang disebut sebagai *failure event*. Penyebab terjadinya data tersensor antara lain

1. *Lost to follow up* terjadi bila objek pindah, meninggal atau menolak untuk berpartisipasi
2. *Drop out* terjadi bila perlakuan dihentikan karena alasan tertentu

3. *Termination of study* terjadi bila masa penelitian berakhir sementara objek yang diobservasi belum mencapai failure, atau dalam penelitian lain bisa juga disebut sebagai *withdrawn alive*.

Pada penelitian ini adanya data tersensor disebabkan karena terdapat segmen pakai kontrasepsi yang *withdrawn alive*, didefinisikan sebagai segmen pakai kontrasepsi yang masih berlanjut (kontinu) sampai akhir periode penelitian dengan *survival time*-nya adalah lama waktu dari awal pemakaian pada episode tersebut sampai dengan waktu penelitian berakhir.

Data *Survival* yang digunakan dalam analisis *survival* dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

1. Data lengkap

Data lengkap diperoleh dari penelitian dengan *survival status* seluruh individu adalah mati, rusak atau gagal. Hal ini berarti bahwa penelitian akan dihentikan setelah semua individu sebagai objek penelitian mati, rusak atau gagal. Semua individu yang pada saat penelitian berakhir *survival status*-nya mati, gagal, atau rusak sehingga *survival time*-nya diketahui secara pasti disebut sebagai data tidak tersensor. Jadi, data lengkap adalah data yang semuanya tidak tersensor. Akan tetapi, untuk memperoleh data lengkap biasanya diperlukan waktu yang lama dan biaya yang besar sehingga penelitiannya jarang dilakukan.

2. Data tidak lengkap

Data tidak lengkap adalah data *survival time* yang diperoleh dari suatu penelitian yang tidak semua *survival status* individunya gagal, mati atau rusak tetapi ada beberapa individu yang *lost to follow up* dan atau *withdrawn alive*. Data individu yang *lost to follow up* dan atau *withdrawn alive* disebut data tersensor. *Survival time* dari data tersensor tidak dapat diketahui secara pasti. Penyensoran dilakukan untuk menghemat waktu dan biaya. Jadi, data tidak lengkap terdiri dari data tidak tersensor dan data tersensor.

Ada 3 jenis sensor yang dapat dilakukan pada data tidak lengkap, yaitu :

1. Sensor berdasarkan jadwal penelitian. Semua unit analisis diamati pada waktu yang sama, tetapi pengamatan dibatasi pada suatu jangka waktu tertentu saja

(sebulan, satu semester, setahun, lima tahun dan sebagainya). Pada waktu yang ditentukan penelitian akan dihentikan sekalipun masih banyak unit analisis yang belum 'gagal'.

2. Sensor berdasarkan jumlah unit analisis yang 'gagal'. Sebagaimana cara sensor pertama, maka pada penelitian ini dilakukan pada saat yang sama pada semua unit analisis. Penelitian akan berhenti setelah mendapatkan sejumlah unit analisis yang 'gagal' sesuai dengan jumlah yang telah ditetapkan pada awal penelitian.
3. Sensor berdasarkan kedua kriteria di atas, tetapi unit analisis tidak diamati dengan awal waktu yang sama. Unit analisis bisa dicatat kapan saja selama masih dalam jangka waktu pengamatan.

Pada penelitian ini, menggunakan data yang tidak lengkap, yang terdiri dari data tersensor dan tidak tersensor. Sensor data dilakukan dengan cara ketiga, dimana episode pemakaian kontrasepsi memiliki awal waktu yang berbeda-beda tetapi masih berada dalam jangka waktu pengamatan (3-62 bulan sebelum wawancara).

3.4.3.2. Fungsi-Fungsi Dalam Analisis Survival

Misalkan T adalah peubah acak nonnegatif yang menggambarkan *survival time* individu dari suatu populasi. Peluang T pada analisis *survival* secara umum digambarkan ke dalam tiga fungsi, yaitu fungsi kepadatan peluang (*Probability Density Function*), fungsi *survival*, dan fungsi *hazard*.

a. Fungsi kepadatan peluang (*Probability Density Function*)

Fungsi kepadatan peluang untuk peubah acak T dengan notasi $f(t)$ didefinisikan sebagai kegagalan individu dapat bertahan dalam selang interval pendek dari waktu t sampai $t+\Delta t$ per lebar Δt atau peluang kegagalan individu untuk bertahan hidup pada sebuah interval pendek per unit waktu. Fungsi ini dapat diekspresikan sebagai berikut.

$$f(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{P(t \leq T < t + \Delta t)}{\Delta t} \dots\dots\dots (3.9)$$

b. Fungsi *Survival* (*Survivorship Function* atau *Survival Function*)

Fungsi *survival* adalah peluang suatu individu dapat bertahan lebih lama dari waktu t . Jika T melambangkan variabel acak dari *survival time* individu, maka fungsi *survival* dengan notasi $S(t)$ didefinisikan sebagai.

$$\begin{aligned} S(t) &= P(\text{individu dapat bertahan lebih lama dari } t) \\ &= P(T > t) \end{aligned} \quad \dots\dots\dots (3.10)$$

Jika $F(t)$ adalah fungsi sebaran kumulatif dari T , maka

$$F(t) = P(T \leq t) \quad \dots\dots\dots (3.11)$$

Sehingga diperoleh hubungan

$$S(t) = P(T > t) = 1 - F(t) \quad \dots\dots\dots (3.12)$$

Fungsi *survival* $S(t)$ merupakan fungsi menurun yang bernilai :

- $S(t) = 1$ untuk $t = 0$ atau $S(0) = 1$
- $S(t) = 0$ untuk $t = \infty$ atau $S(\infty) = 0$

c. Fungsi *Hazard* (*Hazard Function*)

Fungsi *hazard* dengan notasi $h(t)$ menyatakan laju kegagalan sesaat yaitu fungsi kegagalan jika suatu individu sudah dapat bertahan sampai waktu t . Fungsi ini dapat digunakan untuk membantu dalam pemilihan model sebaran data *survival time* (Cox dan Oakes 1984).

Fungsi *hazard* didefinisikan sebagai peluang kegagalan individu untuk bertahan selama interval waktu yang sangat pendek dengan asumsi bahwa individu tersebut telah bertahan pada awal interval dengan kata lain fungsi *hazard* merupakan limit peluang individu gagal bertahan dalam sebuah interval waktu yang sangat pendek, dari t sampai $t + \Delta t$ jika diketahui individu tersebut telah bertahan sampai waktu t .

Semakin besar nilai *hazard* mengindikasikan bahwa risiko kegagalan yang dialami individu dalam penelitian semakin tinggi sehingga kemampuan bertahanannya semakin rendah..

Fungsi *hazard* didefinisikan sebagai berikut :

$$h(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{P(t \leq T < t + \Delta t | T \geq t)}{\Delta t} \quad \dots\dots\dots (3.13)$$

Fungsi *hazard* dapat berupa fungsi naik, turun, konstan atau menunjukkan fungsi yang lebih kompleks.

3.4.3.3. Bentuk Umum Model Proporsional Hazard

Bentuk umum proportional hazard model adalah

$$\begin{aligned} h_i(t) &= \exp(\beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \dots + \beta_j x_{ji}) h_0(t) \\ &= h_0(t) \exp\left(\sum_{j=1}^p \beta_j x_{ji}\right) \end{aligned} \quad \dots\dots\dots(3.14)$$

$$\begin{aligned} \frac{h_i(t)}{h_0(t)} &= \exp\left(\sum_{j=1}^p \beta_j x_{ji}\right) \\ \log\left(\frac{h_i(t)}{h_0(t)}\right) &= \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \dots + \beta_j x_{ji} \end{aligned} \quad \dots\dots\dots(3.15)$$

Persamaan (3.15) tersebut menunjukkan bahwa *proportional hazard model* juga dapat dilihat sebagai model linier logaritma dari rasio hazard.

Jika estimasi yang dilakukan berasal dari populasi yang sama maka estimasi maksimum likelihood memungkinkan untuk menggunakan model regresi Cox tanpa bentuk fungsional *baseline hazard function* $h_0(t)$. Sehingga pada prakteknya, bentuk model regresi Cox dapat disederhanakan menjadi :

$$\begin{aligned} h_i(t) &= \exp(\beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \dots + \beta_j x_{ji}) \\ &= \exp\left(\sum_{j=1}^p \beta_j x_{ji}\right) \end{aligned} \quad \dots\dots\dots(3.16)$$

Dimana : $h_i(t)$ adalah fungsi hazard pada waktu dan variabel bebas tertentu

β_i adalah koefisien variabel bebas ke-i

x_i adalah variabel bebas ke-i

3.4.3.4. Pengujian Model

Pengujian model yang penting dilakukan dalam regresi Cox adalah dengan uji koefisien regresi secara keseluruhan dan uji koefisien regresi parsial, untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat.

1. Uji Kesesuaian Model

Statistik uji – G^2 digunakan untuk mengetahui pengaruh seluruh variabel bebas di dalam model secara bersama-sama (Collet, 1994), dengan menetapkan hipotesis sebagai berikut.

$$H_0 : \beta_j = 0; \forall_j = 1, 2, \dots, p$$

(tidak ada pengaruh antara seluruh variabel bebas terhadap variabel terikat)

$$H_1 : \text{minimal ada satu } \beta_j \neq 0; \forall_j = 1, 2, \dots, p$$

(minimal ada satu variabel bebas yang berpengaruh terhadap variabel terikat)

Pengujian dilakukan dengan menggunakan statistik uji G^2 (likelihood ratio test) yang secara matematis diformulasikan dengan

$$G^2 = -2 \ln \left[\frac{L_0}{L_p} \right] \dots\dots\dots (3.17)$$

Keterangan :

L_0 = Nilai likelihood variabel bebas tereduksi

L_p = Nilai likelihood dengan semua variabel bebas

Statistik Log Likelihood ini mengikuti sebaran *Chi-Square* dengan derajat bebas p . Tolak H_0 jika $\chi^2 > \chi^2_{\alpha, p}$, yang berarti dapat disimpulkan bahwa variabel bebas secara keseluruhan mempengaruhi variabel tak bebas. Penolakan H_0 berarti paling sedikit ada satu $\beta_j \neq 0$. Selain itu keputusan menerima atau menolak H_0 dapat dilakukan dari hasil pengolahan SPSS pada tingkat kepercayaan 95 persen ($\alpha = 5\%$), dengan melihat tabel *Omnibus Test of Model Coefficient* dalam output hasil pengolahan menggunakan SPSS melalui nilai signifikansinya (sig.) atau *p-value*. Kesimpulan tolak H_0 jika *p-value* dalam output SPSS lebih kecil dari 0,05.

2. Uji Kesesuaian Parameter

Hasil yang ingin diperoleh dari analisis pada model regresi Cox adalah suatu model yang tepat dengan keterpautan yang kuat antara model dengan data yang ada. Untuk menguji signifikansi masing-masing parameter (koefisien regresi

β) secara parsial dalam model regresi Cox digunakan uji *Wald* (Collet, 1994), dengan menggunakan hipotesis sebagai berikut.

$H_0 : \beta_j = 0$ (variabel bebas ke-j tidak berpengaruh terhadap variabel tak bebas)

$H_1 : \beta_j \neq 0$ (variabel bebas ke-j berpengaruh secara signifikan terhadap variabel tak bebas)

Dengan statistik uji *Wald*-nya.

$$W_j = \left[\frac{\hat{\beta}_j}{SE(\hat{\beta}_j)} \right]^2 \dots\dots\dots (3.18)$$

Keterangan :

$\hat{\beta}_j$ merupakan estimasi koefisien variabel bebas ke-j

$SE(\hat{\beta}_j)$ merupakan *standard error* dari β_j .

W_j diasumsikan mengikuti sebaran *Chi-Square*. H_0 akan ditolak jika $W_j > \chi^2_{\alpha,1}$. yang dapat disimpulkan bahwa variabel bebas ke-j secara parsial atau berdiri sendiri berpengaruh signifikan terhadap variabel terikat. Cara lain untuk menentukan menolak atau menerima H_0 dapat dilakukan dengan melihat tabel *Variables in The Equation* dalam output hasil pengolahan menggunakan *software* SPSS, dari tabel ini dapat diputuskan parameter mana saja yang signifikan secara statistik dengan melihat kolom signifikansinya (sig.). Dengan menggunakan tingkat kepercayaan 95 persen ($\alpha = 5\%$). Keputusan menolak H_0 diambil jika *p-value* dalam output SPSS lebih kecil dari 0,05.

3.4.3.5. Persamaan Regresi Cox – Proportional Hazard Model

Persamaan model regresi Cox yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

$$h(t) = \exp (\beta_1 \text{metode}_1 + \beta_2 \text{metode}_2 + \beta_3 \text{metode}_3 + \beta_4 \text{metode}_4 + \beta_5 \text{metode}_5 + \beta_6 \text{sumber}_1 + \beta_7 \text{sumber}_2 + \beta_8 \text{umur1} + \beta_9 \text{umur2} + \beta_{10} \text{umur3} + \beta_{11} \text{AMH}_1 + \beta_{12} \text{AMH}_2 + \beta_{13} \text{UKP} + \beta_{14} \text{tujuan_berKB} + \beta_{15} \text{didik_WPK}_1 + \beta_{16} \text{didik_WPK}_2 + \beta_{17} \text{didik_WPK}_3 + \beta_{18} \text{didik_suami}_1 + \beta_{19} \text{didik_suami}_2 + \beta_{20} \text{didik_suami}_3 + \beta_{21} \text{wealth}_1 + \beta_{22} \text{wealth}_2 + \beta_{23} \text{DTT})$$

Interpretasi Estimasi Parameter

Interpretasi koefisien-koefisien dalam model regresi Cox juga dilakukan dalam bentuk *odds ratio* (perbandingan risiko) Karena variabel bebas merupakan variabel kategorik dengan dua atau lebih kategori, maka interpretasi parameter dilakukan dengan membandingkan nilai *odds* dari salah satu nilai kategori variabel tersebut dengan nilai *odds* dari kategori pembanding (referensi) atau $\exp(\beta_i)$.

Misalnya dari hasil pengolahan data dengan regresi Cox diperoleh estimasi parameter β_{14} sebesar -0,525, dimana β_{14} merupakan koefisien regresi variabel tujuan pemakaian kontrasepsi yang dibedakan menjadi 2 kategori yaitu tujuan menunda kelahiran (kategori pembanding) dan tujuan membatasi kelahiran, maka estimasi parameter β_{14} dapat diinterpretasikan bahwa risiko atau probabilitas pemakaian kontrasepsi dengan tujuan membatasi kelahiran untuk diskontinu pemakaian kontrasepsi 0,592 kali ($e^{-0,525}$) lebih lambat dibandingkan pemakaian kontrasepsi dengan tujuan menunda kelahiran. Hal ini berarti pula bahwa pemakaian kontrasepsi dengan tujuan untuk membatasi kelahiran mempunyai probabilitas yang lebih tinggi untuk tetap mempertahankan kelangsungan pemakaian kontrasepsi dibandingkan pemakaian kontrasepsi dengan tujuan menunda/menjarangkan kehamilan.

3.5. Keterbatasan Penelitian

Faktor sosioekonomi yang dianalisis dalam penelitian ini antara lain tingkat pendidikan wanita, tingkat kesejahteraan dan daerah tempat tinggal yang terdapat dalam SDKI 2007 merupakan data yang dikumpulkan saat survei,

sedangkan informasi dalam kalender yang berupa episode pemakaian kontrasepsi merupakan informasi lima tahun sebelum survei. Untuk itu diasumsikan bahwa variabel-variabel pendidikan wanita, tingkat kesejahteraan dan daerah tempat tinggal adalah konstan atau tidak berubah sepanjang periode pengamatan dari lima tahun sebelum survei hingga pada saat survei.

Keterbatasan lain dalam studi ini adalah dalam hal metode statistik yang digunakan. Karena data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kalender dimana seorang perempuan dapat berkontribusi lebih dari satu kasus (episode pakai) dalam analisis. Episode pakai kontrasepsi yang berasal dari wanita yang sama tidak saling bebas, karena mendapatkan perlakuan yang sama, maka lebih tepat jika menggunakan pengaruh efek random dalam model. Akan tetapi karena model yang digunakan dalam penelitian ini adalah model regresi Cox yang tidak dapat memperhitungkan efek random seperti pada model regresi logistik, dan paket program SPSS yang digunakan untuk mengolah data tidak menyediakan menu untuk melakukan analisis regresi Cox dengan efek random, maka dalam penelitian ini tidak menggunakan model dengan efek random, dengan asumsi bahwa setiap kasus atau episode pakai kontrasepsi dalam penelitian ini adalah saling bebas (independen).

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Hal yang perlu diperhatikan dari ditetapkannya episode pakai kontrasepsi sebagai unit analisis dalam penelitian ini adalah bahwa dalam lima tahun periode pengamatan (3 hingga 62 bulan sebelum survei) seorang wanita pernah kawin dapat berkontribusi lebih dari satu kasus (episode pakai kontrasepsi). Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa terdapat 14544 orang wanita pernah kawin yang berkontribusi pada 20781 kasus selama periode pengamatan. Tabel 4.1 menunjukkan bahwa 71,8 persen (10441 orang) wanita pernah kawin mempunyai satu episode pakai kontrasepsi dan 28,2 persen (4103 orang) menyumbang lebih dari satu kasus (episode pakai kontrasepsi) dalam analisis.

Tabel 4.1. Jumlah dan Persentase Wanita Pernah Kawin Menurut Jumlah Episode Pakai Kontrasepsi

Jumlah episode pakai kontrasepsi	Jumlah Wanita	Persen
1	10441	71,8
2	3101	21,3
3	700	4,8
4	148	1,0
5 atau lebih	154	1,1
Jumlah	14544	100,0
Jumlah kasus	20781	

Sumber : SDKI 2007, diolah

Tabel 4.2 menyajikan distribusi wanita pernah kawin dalam sampel menurut karakteristik sosioekonomi dan daerah tempat tinggal.

Menurut umur kawin pertama, persentase wanita yang memasuki ikatan perkawinan pada usia kurang dari 20 tahun (52,9 persen) lebih tinggi jika dibandingkan dengan wanita yang memasuki ikatan perkawinan pada usia lebih tua.

Jika dilihat dari tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan menunjukkan bahwa wanita berpendidikan tamat SLTP berkontribusi paling besar (49,9 persen) dalam analisis ini, diikuti kemudian berturut-turut oleh wanita berpendidikan tamat SD (39,1 persen), wanita yang berpendidikan SLTA keatas (7,7 persen) dan wanita yang tidak bersekolah atau tidak tamat SD (3,3 persen).

Gambar 4.2. Jumlah dan Persentase Wanita Pernah Kawin Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Daerah Tempat Tinggal

Karakteristik latar belakang	Jumlah WPK	Persenti
Umur kawin pertama		
< 20 tahun	7691	52,9
≥ 20 tahun	6853	47,1
Tingkat pendidikan wanita		
Tidak sekolah	483	3,3
Tamat SD	5691	39,1
Tamat SLTP	7256	49,9
Tamat SLTA +	1114	7,7
Tingkat pendidikan suami		
Tidak sekolah	402	2,8
Tamat SD	5284	36,3
Tamat SLTP	7560	52,0
Tamat SLTA +	1298	8,9
Tingkat kesejahteraan		
Rendah	6573	45,2
Menengah	2688	18,5
Tinggi	5283	36,3
Daerah tempat tinggal		
Pedesaan	8654	59,5
Perkotaan	5890	40,5
Jumlah	14544	100,0

Sumber : SDKI 2007, diolah

Menurut tingkat pendidikan suami, menunjukkan pola yang sama dengan tingkat pendidikan WPK, dimana wanita yang menikah dengan seorang suami yang berpendidikan tamat SLTP mempunyai kontribusi sebesar 52 persen, diikuti oleh persentase wanita yang suaminya berpendidikan tamat SD, tamat SLTA dan

tidak berpendidikan/tidak tamat SD masing-masing sebesar 36,3 persen, 8,9 persen dan 2,8 persen.

Distribusi persentase WPK menurut tingkat pendidikannya mempunyai pola yang sama dengan distribusi WPK menurut tingkat pendidikan suami, dapat dijelaskan bahwa dari hasil olahan data (tidak disajikan) seorang wanita cenderung akan menikah dengan seorang pria dengan tingkat pendidikan yang kurang lebih sama dengannya. Sebagai contoh seorang wanita yang berpendidikan tamat SLTP cenderung untuk menikah dengan pria yang berpendidikan setingkat dengannya.

Sedangkan distribusi wanita pernah kawin menurut tingkat kesejahteraan menunjukkan bahwa 45 persen wanita pernah kawin dalam sampel berasal dari rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan rendah, 18 persen wanita dengan status sosioekonomi menengah dan 36 persen wanita pernah kawin dalam sampel berasal dari rumah tangga dengan tingkat kekayaan tinggi.

Bila dilihat menurut klasifikasi daerah tempat tinggal, lebih dari separuh wanita pernah kawin dalam sampel tinggal di daerah pedesaan (59,5 persen) sedangkan persentase wanita pernah kawin yang tinggal di daerah perkotaan sebesar 40,5 persen.

4.1. Pola dan Perbedaan Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi

4.1.1. Pola dan Perbedaan Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi Menurut Status Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi

Analisis yang disajikan dalam penelitian ini merujuk pada semua episode pakai kontrasepsi dalam kalender SDKI 2007 yang dimulai dalam periode pengamatan lima tahun (3-62 bulan sebelum wawancara). Episode pakai kontrasepsi yang sejak dimulai hingga berhenti/ganti cara berada dalam periode pengamatan dikategorikan sebagai kasus **diskontinu** (status data tidak tersensor), sedangkan episode pakai kontrasepsi yang dimulai pada periode pengamatan dan masih berlanjut hingga akhir pengamatan dikategorikan sebagai kasus **kontinu** (status data tersensor).

Tabel 4.3. menyajikan hasil analisis deskriptif mengenai distribusi kasus diskontinu dan kasus kontinu pemakaian kontrasepsi pada periode 3-62 bulan sebelum wawancara menurut berbagai karakteristik latar belakang yang dipelajari.

Secara umum dari 20781 kasus (episode pakai kontrasepsi) terdapat 44,7 persen kasus diskontinu atau 9296 episode pakai kontrasepsi yang dimulai dan diakhiri dalam periode pengamatan dan 55,3 persen kasus kontinu atau 11485 episode pakai kontrasepsi yang dimulai pada periode pengamatan dan masih terus berlanjut hingga akhir periode pengamatan (3 bulan sebelum wawancara).

Dilihat dari sumber alat/cara KB, kasus pemakaian kontrasepsi yang bersumber pada fasilitas pelayanan swasta mempunyai persentase kasus putus pakai tertinggi yaitu 45,8 persen, sedangkan persentase kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas pemerintah dan sumber lainnya masing-masing sekitar 43 persen.

Menurut metode kontrasepsi yang digunakan, pemakaian alat/cara KB susuk memiliki persentase kasus putus pakai kontrasepsi paling kecil (22,7 persen) diikuti oleh pemakaian IUD yang memiliki persentase kasus diskontinu sebesar 25,1 persen. Sebagai metode kontrasepsi nomor dua paling banyak digunakan oleh wanita Indonesia setelah suntik KB, pemakaian pil memiliki persentase kasus putus pakai paling besar (54,3 persen) dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Sedangkan suntik KB yang merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak diminati perempuan Indonesia mempunyai persentase kasus diskontinu sebesar 42,2 persen.

Pada kasus atau episode pakai kontrasepsi yang dilihat menurut tujuan pemakaian kontrasepsi, menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi dengan tujuan untuk menunda atau menjarangkan kelahiran mempunyai persentase kasus putus pakai (52 persen) lebih tinggi daripada persentase diskontinu pemakaian kontrasepsi pada perempuan yang menggunakan kontrasepsi dengan tujuan membatasi kelahiran (33,4 persen). Sebaliknya pemakaian KB untuk membatasi kelahiran mempunyai persentase kasus kontinu pakai KB yang lebih tinggi dibanding mereka yang bertujuan menunda atau menjarangkan kelahiran.

Menurut umur wanita pada saat memulai suatu episode pakai kontrasepsi terlihat adanya hubungan negatif antara umur akseptor dan persentase kasus putus

Tabel 4.3. Distribusi Persentase Episode Pakai Kontrasepsi Menurut Status Pemakaian Kontrasepsi dan Karakteristik Latar Belakang

Karakteristik latar belakang	Diskontinu		Kontinu		Total	
	%	n	%	n	%	n
Sumber alat/cara KB						
Swasta	45,8	6137	54,2	7259	100,0	13396
Pemerintah	42,7	1988	57,3	2668	100,0	4656
Sumber lainnya	42,9	1171	57,1	1558	100,0	2729
Metode Kontrasepsi						
IUD	25,1	165	74,9	493	100,0	658
Susuk KB	22,7	193	77,3	659	100,0	852
Suntik	42,2	4757	57,8	6511	100,0	11268
Pil	54,3	3240	45,7	2727	100,0	5967
Modern lain	47,2	256	52,8	286	100,0	542
Tradisional/lainnya	45,9	685	54,1	809	100,0	1494
Tujuan pemakaian kontrasepsi						
Menunda	52,0	6586	48,0	6073	100,0	12659
Membatasi	33,4	2710	66,6	5412	100,0	8122
Umur pada saat mulai pakai KB						
< 20	54,9	1017	45,1	836	100,0	1853
20 – 24	50,0	2749	50,0	2751	100,0	5500
25 – 34	43,3	4361	56,7	5721	100,0	10082
35 +	34,9	1169	65,1	2177	100,0	3346
Jumlah AMH saat mulai pakai KB						
0	85,0	578	15,0	102	100,0	680
1 – 2	46,8	6420	53,2	7304	100,0	13724
3 +	36,0	2298	64,0	4079	100,0	6377
Umur kawin pertama						
< 20	43,8	4766	56,2	6123	100,0	10889
20 +	45,8	4530	54,2	5362	100,0	9892
Tingkat pendidikan wanita						
Tidak sekolah/tidak tamat SD	32,4	185	67,6	386	100,0	571
Tamat SD	40,0	3047	60,0	4569	100,0	7616
Tamat SLTP	47,9	5211	52,1	5679	100,0	10890
Tamat SLTA +	50,1	853	49,9	851	100,0	1704
Tingkat pendidikan suami						
Tidak sekolah/tidak tamat SD	34,9	174	65,1	325	100,0	499
Tamat SD	40,7	2925	59,3	4270	100,0	7195
Tamat SLTP	46,8	5174	53,2	5891	100,0	11065
Tamat SLTA +	50,6	1023	49,4	999	100,0	2022
Tingkat kesejahteraan						
Rendah	42,5	3830	57,5	5187	100,0	9017
Menengah	44,6	1730	55,4	2148	100,0	3878
Tinggi	47,4	3736	52,6	4150	100,0	7886
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	42,6	5133	57,4	6904	100,0	12037
Pedesaan	47,6	4163	52,4	4581	100,0	8744
Total	44,7	9296	55,3	11485	100,0	20781

Sumber : SDKI 2007, diolah

pakai yaitu semakin tua umur wanita saat mulai berKB maka semakin kecil persentase kasus putus pakai, dengan variasi 54,9 persen untuk wanita yang memulai suatu episode pakai pada usia kurang dari 20 tahun dan 34,9 persen untuk wanita yang berusia 35 tahun atau lebih. Sebaliknya semakin tua umur seorang wanita saat mulai berKB pada suatu episode pakai maka semakin besar persentase kasus kontinu, bervariasi antara 45,1 persen untuk wanita yang berumur kurang dari 20 tahun hingga 65,1 persen untuk wanita yang berusia 35 tahun atau lebih.

Terdapat indikasi adanya hubungan negatif antara jumlah anak masih hidup pada saat mulai pakai kontrasepsi dengan persentase kasus putus pakai kontrasepsi. Semakin banyak anak masih hidup yang dimiliki seorang wanita pada saat memulai suatu episode pakai kontrasepsi maka semakin kecil persentase kasus putus pakai kontrasepsi, yang bervariasi dari 85 persen untuk wanita yang belum memiliki anak hidup hingga 33,2 persen untuk wanita yang sudah memiliki minimal 5 anak hidup. Sedangkan persentase kasus kontinu semakin meningkat seiring dengan semakin banyaknya jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang wanita saat memulai suatu episode pakai, yang bervariasi dari 15 persen untuk wanita yang belum punya anak yang masih hidup hingga 66,8 persen untuk wanita yang telah memiliki 5 atau lebih anak hidup.

Menurut umur kawin pertama, persentase kasus pemakaian kontrasepsi diskontinu dari wanita yang memasuki jenjang perkawinan pada usia 20 tahun keatas lebih tinggi dibandingkan persentase kasus putus pakai kontrasepsi dari akseptor KB yang menikah untuk pertama kali pada usia belasan (kurang dari 20 tahun), yaitu 45,8 persen berbanding 43,8 persen.

Terdapat indikasi adanya hubungan positif antara tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan wanita dengan persentase kasus putus pakai kontrasepsi, semakin tinggi pendidikan seorang wanita maka semakin besar persentase kasus putus pakai kontrasepsi, yaitu 32,4 persen untuk wanita yang tidak sekolah/tidak tamat SD, 40 persen untuk wanita berpendidikan tamat SD, 47,9 persen untuk wanita berpendidikan SLTP dan 50,1 persen untuk wanita berpendidikan minimal tamat SLTA. Sebaliknya persentase kasus pemakaian kontrasepsi yang kontinu menunjukkan hubungan negatif dengan tingkat

pendidikan wanita, semakin tinggi tingkat pendidikan yang ditamatkan wanita semakin rendah persentase pemakaian kontrasepsi yang masih berlangsung, bervariasi dari 67,6 persen untuk wanita yang tidak berpendidikan/tidak tamat SD dan 49,9 persen untuk wanita yang berpendidikan tamat SLTA atau lebih.

Persentase kasus diskontinu menurut tingkat pendidikan suami menunjukkan pola yang sama seperti pada tingkat pendidikan WPK, dimana terlihat adanya hubungan positif antara tingkat pendidikan suami dengan persentase kasus putus pakai kontrasepsi, semakin tinggi tingkat pendidikan suami maka semakin tinggi persentase kasus putus pakai kontrasepsi yang dialami istri dengan variasi persentase putus pakai 35 persen pada wanita yang suaminya tidak sekolah/tidak tamat SD hingga hingga 51 persen untuk wanita bersuamikan seseorang yang berpendidikan tamat SLTA atau lebih.

Terlihat adanya hubungan positif antara tingkat kesejahteraan dengan persentase kasus diskontinu, dimana semakin tinggi tingkat kesejahteraan seorang wanita maka semakin tinggi persentase kasus putus pakai kontrasepsi yang bervariasi antara 42,5 persen pada wanita dengan status sosial ekonomi rendah hingga 47,4 persen pada wanita dengan tingkat kekayaan tinggi.

Menurut daerah tempat tinggal menunjukkan bahwa persentase kasus putus pakai lebih tinggi pada pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang tinggal di perkotaan (47,6 persen) daripada pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang tinggal di pedesaan (47,6 persen), sebaliknya persentase kasus kontinu pada wanita yang tinggal di pedesaan (57,4 persen) lebih tinggi daripada wanita di perkotaan (52,4 persen)

4.1.2. Pola dan Perbedaan Diskontinuitas Pemakaian Pontrasepsi Menurut Daerah Tempat Tinggal

Tabel 4.4 menunjukkan proporsi kasus diskontinu menurut daerah tempat tinggal dan karakteristik latar belakang lainnya. Proporsi kasus diskontinu di pedesaan menunjukkan proporsi kasus diskontinu di pedesaan terhadap total kasus/episode pakai kontrasepsi di pedesaan, demikian pula halnya dengan proporsi kasus diskontinu di perkotaan menunjukkan proporsi kasus diskontinu di

Tabel 4.4. Distribusi proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi menurut daerah tempat tinggal

Karakteristik latar belakang	Daerah tempat tinggal				Total kasus diskontinu	
	Pedesaan		Perkotaan		%	n
	%	N	%	n		
Sumber alat/cara KB						
Swasta	43,9	3121	48,0	3016	45,8	6137
Pemerintah	40,0	1259	48,3	729	42,7	1988
Sumber lainnya	42,5	753	43,7	418	42,9	1171
Metode Kontrasepsi						
IUD	26,6	58	24,3	107	25,1	165
Susuk KB	20,5	125	28,2	68	22,7	193
Suntik	39,3	2703	46,8	2054	42,2	4757
Pil	53,3	1793	55,6	1447	54,3	3240
Modern lain	52,7	87	44,8	169	47,2	256
Tradisional/lainnya	45,8	367	45,9	318	45,9	685
Tujuan pemakaian kontrasepsi						
Menunda	49,2	3693	56,2	2893	52,0	6586
Membatasi	31,8	1440	35,3	1270	33,4	2710
Umur pada saat awal episode						
< 20	51,1	683	64,7	334	54,9	1017
20 – 24	47,4	1562	53,8	1187	50,0	2749
25 – 34	40,7	2242	46,3	2119	43,3	4361
35 +	34,0	646	36,2	523	34,9	1169
Jumlah AMH saat awal episode						
0	84,4	341	85,9	237	85,0	578
1 – 2	44,6	3419	49,6	3001	46,8	6420
3 +	43,0	1373	44,5	925	43,6	2298
Umur kawin pertama						
< 20	42,1	3073	47,2	1693	43,8	4766
20 +	43,5	2060	47,9	2470	45,8	4530
Tingkat pendidikan wanita						
Tidak sekolah/tidak tamat SD	32,8	157	30,4	28	32,4	185
Tamat SD	39,3	2198	42,1	849	40,0	3047
Tamat SLTP	46,7	2540	49,0	2671	47,9	5211
Tamat SLTA +	45,8	238	51,9	615	50,1	853
Tingkat pendidikan suami						
Tidak sekolah/tidak tamat SD	35,3	147	32,5	27	34,9	174
Tamat SD	39,2	2067	44,6	858	40,7	2925
Tamat SLTP	45,8	2607	47,8	2567	46,8	5174
Tamat SLTA +	47,7	312	52,0	711	50,6	1023
Tingkat kesejahteraan						
Rendah	41,6	3169	47,3	661	42,5	3830
Menengah	43,0	976	46,9	754	44,6	1730
Tinggi	46,0	988	47,9	2748	47,4	3736
Total kasus diskontinu	42,6	5133	47,6	4163	44,7	9296

Sumber : SDKI 2007, diolah

perkotaan terhadap total kasus/episode pakai kontrasepsi di perkotaan. Secara umum terlihat bahwa proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi dari wanita yang tinggal di perkotaan lebih tinggi dibandingkan proporsi diskontinu di pedesaan, yaitu 47,6 persen berbanding 42,6 persen.

Menurut sumber alat/cara KB terlihat bahwa proporsi terbesar kasus diskontinu di pedesaan disumbangkan oleh peserta KB yang memperoleh kontrasepsi dari sumber swasta (44 persen) sedangkan proporsi kasus diskontinu terendah terjadi pada pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas pemerintah (40 persen). Untuk pemakaian kontrasepsi oleh wanita peserta KB di perkotaan terlihat bahwa pemakaian kontrasepsi yang diperoleh dari sumber swasta atau sumber pemerintah mempunyai proporsi kasus diskontinu lebih tinggi daripada proporsi kasus putus pakai pada pemakaian kontrasepsi yang diperoleh dari sumber lainnya.

Menurut metode kontrasepsi yang digunakan, terlihat bahwa jika dibandingkan pemakaian metode kontrasepsi lainnya, pemakaian pil KB mempunyai proporsi kasus diskontinu tertinggi baik di wilayah perkotaan maupun di daerah pedesaan. Proporsi kasus diskontinu pemakaian IUD dan metode modern lain lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Sedangkan proporsi kasus diskontinu pemakaian implan, suntik KB dan pil lebih tinggi di wilayah perkotaan daripada di wilayah pedesaan. Sementara tidak ada perbedaan proporsi kasus diskontinu pemakaian metode tradisional/lainnya di pedesaan dan perkotaan

Proporsi kasus diskontinu pada pemakaian kontrasepsi yang bertujuan menunda kelahiran lebih tinggi daripada proporsi kasus diskontinu pada pemakaian kontrasepsi yang bertujuan membatasi kelahiran. Hal ini berlaku baik di wilayah pedesaan maupun perkotaan.

Pola hubungan negatif terlihat pada proporsi kasus putus pakai kontrasepsi menurut umur akseptor dan jumlah anak masih hidup pada saat memulai suatu episode pakai kontrasepsi. Hal ini berlaku baik di wilayah pedesaan maupun perkotaan. Semakin tua umur akseptor KB maka semakin kecil proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi, dan semakin banyak jumlah anak masih hidup

yang dimiliki akseptor pada saat mulai pakai kontrasepsi maka semakin kecil pula kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi.

Baik di wilayah pedesaan dan perkotaan terdapat indikasi adanya hubungan positif antara kasus diskontinu dengan tingkat pendidikan pasangan suami istri. Semakin tinggi tingkat pendidikan pasangan suami istri maka semakin besar proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi. Proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi pada pasangan yang tidak berpendidikan lebih tinggi di wilayah pedesaan daripada di wilayah perkotaan. Sedangkan proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi di perkotaan lebih banyak disumbangkan oleh pasangan yang berpendidikan lebih tinggi

Menurut tingkat kesejahteraan terlihat adanya hubungan positif antara tingkat kekayaan dengan proporsi kasus diskontinu pada wanita di pedesaan. Semakin tinggi status sosioekonomi wanita di pedesaan maka semakin besar proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi. Sedangkan pada pemakaian kontrasepsi pada wanita yang tinggal di perkotaan dapat dikatakan tidak terdapat perbedaan proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi antar status sosioekonomi wanita.

4.1.3. Pola dan Perbedaan Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi Menurut Alasan Diskontinu.

Seorang akseptor KB memutuskan untuk berhenti atau ganti cara pakai kontrasepsi tentunya dengan berbagai alasan. Dengan mengetahui alasan-alasan wanita peserta KB diskontinu menggunakan kontrasepsi merupakan salah satu upaya untuk mendapatkan perbaikan dalam pelayanan dan KIE mengenai alat/cara kontrasepsi. Alasan diskontinu dikelompokkan menjadi enam kelompok yaitu 1) kegagalan kontrasepsi, 2) ingin hamil, 3) efek samping dan masalah kesehatan; 4) ingin metode lebih baik, 5) masalah suami (ketidaksetujuan suami, suami jauh) dan 6) masalah lainnya.

Secara umum terlihat (tabel 4.5) bahwa kasus diskontinu yang disebabkan oleh efek samping/masalah kesehatan (14,7 persen) dan ingin hamil (11,5)

mempunyai proporsi diskontinu tertinggi dibandingkan diskontinu karena alasan lain.

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa kegagalan kontrasepsi merupakan alasan diskontinu pemakaian kontrasepsi yang lebih banyak dikemukakan oleh wanita peserta KB yang menggunakan metode tradisional, memperoleh kontrasepsi dari sumber lainnya, berusia 20 – 24 tahun, mempunyai anak hidup minimal 3 orang, memakai KB untuk menunda kelahiran, menikah pada usia minimal 20 tahun, dan berpendidikan minimal tamat SLTA.

Alasan ingin hamil paling banyak dikemukakan oleh akseptor KB yang menggunakan metode tradisional/lainnya, berusia kurang dari 20 tahun, belum mempunyai anak dan berKB dengan tujuan menunda kelahiran. Selain itu terlihat adanya hubungan negatif antara umur wanita dan jumlah anak masih hidup pada saat mulai pakai kontrasepsi dengan persentase kasus diskontinu yang disebabkan ingin hamil. Semakin tua umur wanita saat mulai berKB dan semakin banyak anak masih hidup yang dimiliki wanita saat mulai pakai kontrasepsi maka semakin rendah persentase kasus diskontinu karena alasan ingin hamil.

Sedangkan diskontinuitas yang disebabkan karena efek samping dan masalah kesehatan banyak dilaporkan oleh wanita yang menggunakan alat/cara KB suntik dan pil, memperoleh kontrasepsi dari sumber swasta, berusia lebih muda, mempunyai 1-2 anak hidup, mempunyai tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi lebih tinggi dan bertempat tinggal di perkotaan.

Menurut tingkat pendidikan wanita terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan wanita peserta KB semakin besar proporsi kasus diskontinu yang disebabkan efek samping dan masalah kesehatan. Hal ini disebabkan karena pada umumnya pengetahuan yang lebih baik mengenai metode kontrasepsi menyebabkan akseptor berpendidikan tinggi mempunyai kepedulian dan kepekaan terhadap efek samping dan masalah kesehatan yang ditimbulkan dari pemakaian kontrasepsi.

Diskontinuitas karena alasan ingin metode lebih baik lebih banyak dikemukakan wanita yang menggunakan metode kontrasepsi jangka pendek, memperoleh pelayanan dari sumber lainnya, berusia 20 tahun ke atas dengan

Tabel 4.5. Distribusi persentase kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi menurut alasan diskontinu

Karakteristik latar belakang	Kontinu	Diskontinu						Total	
		Kegagalan Kontrasepsi	Ingin hamil	efek samping/ masalah kesehatan	Ingin metode lebih baik	Masalah suami	lain nya	%	n
Sumber alat/cara KB									
Swasta	54,2	2,8	11,2	16,5	4,0	1,7	9,6	100,0	13396
Pemerintah	57,3	2,5	11,8	14,1	3,7	1,4	9,2	100,0	4656
Sumber lainnya	57,1	5,6	12,9	7,0	5,2	2,2	10,0	100,0	2729
Metode Kontrasepsi									
IUD	74,9	1,5	7,9	9,0	1,4	0,5	4,9	100,0	658
Susuk KB	77,3	0,4	4,7	9,7	0,9	0,1	6,8	100,0	852
Suntik	57,8	1,4	10,4	16,9	2,3	1,9	9,4	100,0	11268
Pil	45,7	5,5	13,5	15,8	7,3	1,4	10,8	100,0	5967
Modern lain	52,8	4,8	11,1	3,9	8,5	5,5	13,5	100,0	542
Tradisional/lainnya	54,1	8,4	18,1	2,7	6,7	1,6	8,4	100,0	1494
Tujuan kontrasepsi									
Menunda	48,0	3,6	16,7	15,4	4,2	1,7	10,4	100,0	12659
Membatasi	66,6	2,4	3,5	13,6	3,9	1,6	8,3	100,0	8122
Umur pada saat mulaipakai kontrasepsi									
< 20	45,1	3,0	21,6	15,8	3,0	1,6	10,0	100,0	1853
20 – 24	50,0	2,9	14,7	16,6	4,1	1,7	9,9	100,0	5500
25 – 34	56,7	3,6	10,4	13,7	4,4	1,7	9,4	100,0	10082
35 +	65,1	2,2	4,2	13,9	3,8	1,6	9,3	100,0	3346
Jumlah AMH pada saat mulai pakai kontrasepsi									
0	15,0	2,9	54,3	12,5	2,6	1,9	10,7	100,0	680
1 – 2	53,2	3,0	12,1	15,7	4,5	1,8	9,7	100,0	13724
3 +	64,0	3,4	5,9	12,8	3,4	1,5	9,1	100,0	6377
Umur kawin pertama									
< 20	56,2	2,9	11,0	14,1	4,3	1,6	10,0	100,0	10889
20 +	54,2	3,4	12,2	15,4	3,9	1,8	9,1	100,0	9892
Pendidikan wanita									
Tidak sekolah	67,6	1,8	13,7	6,8	1,6	1,2	7,4	100,0	571
Tamat SD	60,0	2,9	10,4	12,7	3,2	1,4	9,4	100,0	7616
Tamat SLTP	52,1	3,2	11,6	16,5	4,8	2,0	9,8	100,0	10890
Tamat SLTA +	49,9	4,0	15,6	15,1	4,4	1,5	9,4	100,0	1704
Pendidikan suami									
Tidak sekolah	65,1	3,6	13,4	7,0	1,6	2,0	7,2	100,0	499
Tamat SD	59,3	2,8	10,5	12,9	3,5	1,3	9,7	100,0	7195
Tamat SLTP	53,2	3,2	11,6	15,8	4,3	2,0	9,8	100,0	11065
Tamat SLTA +	49,4	3,9	14,3	17,0	5,4	1,2	8,8	100,0	2022
Tingkat kesejahteraan									
Rendah	57,5	3,2	11,8	12,2	3,8	1,5	9,9	100,0	9017
Menengah	55,4	2,8	10,4	16,4	3,5	1,7	9,8	100,0	3878
Tinggi	52,6	3,2	11,8	16,7	4,7	1,9	9,0	100,0	7886
Daerah tempat tinggal									
Pedesaan	57,4	3,1	11,0	13,4	3,9	1,8	9,4	100,0	12037
Perkotaan	52,4	3,2	12,3	16,5	4,4	1,5	9,8	100,0	8744
Total	55,3	3,1	11,5	14,7	4,1	1,7	9,6	100,0	20781

Sumber : SDKI 2007, diolah

jumlah anak satu atau dua, mempunyai tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi lebih tinggi dan bertempat tinggal di wilayah perkotaan.

Persentase ketidaklangsungan cukup besar (5,5 persen) yang disebabkan oleh masalah suami seperti ketidaksetujuan suami atas metode kontrasepsi yang digunakan ditunjukkan oleh pasangan yang menggunakan metode modern lain (seperti kondom). Hal ini mungkin disebabkan karena ketidaknyamanan saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

4.2. Pola dan Perbedaan Angka Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi (*contraceptive discontinuation rate*)

Hasil pengolahan data menggunakan prosedur *life table* dari paket program SPSS disajikan pada table 4.6 yang menunjukkan angka atau tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dalam 12 hingga 60 bulan sejak pemakaian berdasarkan karakteristik latar belakang yang dianalisis. Dalam prosedur *life table* akan diperoleh pula nilai median lama pemakaian kontrasepsi untuk setiap kategori variabel bebas, yang dapat menggambarkan berapa lama seorang akseptor dengan karakteristik tertentu telah menggunakan kontrasepsi sebelum ia berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi.

Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi didefinisikan sebagai proporsi pemakai alat/cara KB yang sudah tidak lagi memakai alat/cara KB tertentu dalam periode waktu yang ditentukan, misalnya dalam waktu 12 bulan (24 bulan, 36 bulan dan seterusnya) setelah pemakaian alat/cara KB. Dalam analisis ini tingkat atau angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi diestimasi hingga bulan ke-60 setelah pemakaian kontrasepsi.

Dengan kata lain angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi juga menunjukkan kemungkinan seorang akseptor untuk diskontinu memakai suatu alat/cara KB pada jangka waktu tertentu. Akan tetapi seringkali angka atau tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dikemukakan sebagai suatu persentase atau proporsi. Sebagai contoh jika disebutkan tingkat ketidaklangsungan pemakaian IUD dalam 12 bulan sebesar 8,3 persen hal ini dapat pula diartikan bahwa 8,3 persen pemakai IUD tidak lagi menggunakan IUD dalam 12 bulan

setelah pemakaian. Sehingga dalam penelitian ini tingkat atau angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang dinyatakan sebagai probabilitas maupun dalam persentase/proporsi mengandung pengertian yang sama (BKKBN dan LDFEUI, 1994).

Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut sumber alat/cara KB

Dalam hipotesis penelitian disebutkan bahwa tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi pada perempuan yang memperoleh pelayanan dari swasta diharapkan lebih rendah dibandingkan pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas pemerintah dan sumber lainnya. Dengan alasan bahwa akseptor KB yang memperoleh kontrasepsi dari swasta mempunyai kemampuan untuk memenuhi kebutuhan kontrasepsinya dengan harga pasar (bukan harga subsidi) sehingga diharapkan pemakaian kontrasepsi mereka akan bertahan lebih lama.

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa nilai median lama pakai kontrasepsi dari penggunaan kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas pemerintah ternyata lebih lama dibandingkan pemakaian kontrasepsi yang diperoleh dari sumber swasta dan sumber lainnya, namun variasinya tidak terlalu lebar. Diperkirakan separuh dari pemakaian KB dengan sumber pemerintah akan berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi dalam 35 bulan sedangkan pemakaian kontrasepsi yang berasal dari sumber swasta dan sumber lainnya akan *drop out* dalam 31 bulan setelah pemakaian.

Pemakaian kontrasepsi dari sumber swasta ternyata mempunyai tingkat ketidaklangsungan lebih tinggi dibandingkan pemakaian kontrasepsi yang diperoleh dari sumber pemerintah atau dari sumber lainnya. Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi pada tahun pertama hingga tahun keempat menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas pemerintah mempunyai probabilitas lebih kecil untuk berhenti memakai suatu alat kontrasepsi daripada pemakaian kontrasepsi yang berasal dari sumber swasta dan sumber lainnya.

Memasuki tahun kelima pemakaian kontrasepsi terlihat bahwa tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dari sumber lainnya (Polindes,

Posyandu, pos KB/PPKBD, teman/keluarga, toko/lainnya) lebih rendah daripada tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dari sumber pemerintah atau sumber swasta, dimana 70 persen pemakaian kontrasepsi yang memperoleh pelayanan dari sumber lainnya sudah tidak lagi menggunakan suatu alat/cara KB pada tahun kelima, sedangkan pemakaian kontrasepsi yang memperoleh pelayanan dari sumber pemerintah dan swasta yang diperkirakan telah berhenti memakai kontrasepsi dalam 60 bulan setelah pemakaian masing-masing sebesar 72 persen dan 74 persen.

Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut metode kontrasepsi yang digunakan.

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa pemakaian metode IUD mempunyai median lama pakai tertinggi yaitu 58,9 bulan. Hal ini berarti bahwa separuh dari pemakaian IUD diperkirakan masih akan tetap bertahan menggunakan IUD hingga hampir lima tahun. Median lama pakai metode susuk KB 49,8 bulan, sehingga diperkirakan 50 persen pemakaian implan berhenti/ganti cara pakai dalam 50 bulan pemakaian. Sedangkan pemakaian KB suntik mempunyai median lama pakai 34,7 bulan yang berarti bahwa lima dari sepuluh pemakaian KB suntik diperkirakan akan berhenti menggunakan alat/cara KB suntik setelah 35 bulan pemakaian. Pada pemakaian pil diperkirakan bahwa separuh dari mereka akan berhenti/ganti cara dari pemakaian pil dalam 20 bulan pemakaian. Angka median lama pakai pil ini merupakan yang terendah diantara metode kontrasepsi yang dianalisis. Pemakaian KB modern lain dan metode tradisional lain mempunyai median lama pakai yang lebih tinggi daripada pemakaian pil, masing-masing selama 22 dan 28 bulan.

Untuk 12 bulan pertama tingkat ketidaklangsungan pemakaian implan ternyata lebih rendah dibandingkan pemakaian IUD yaitu 5 persen berbanding 8 persen. Sampai dengan bulan ke 36 terlihat bahwa probabilitas seorang pemakaian untuk berhenti menggunakan metode KB susuk adalah sebesar 0,2163 sedangkan pemakai IUD sebesar 0,2648. Akan tetapi setelah 48 bulan pemakaian tampak bahwa tingkat ketidaklangsungan pemakaian IUD (36 persen) menjadi

lebih rendah daripada pemakaian implan (48 persen). Hal ini terus berlanjut hingga bulan-bulan berikutnya dimana probabilitas untuk berhenti menggunakan IUD dalam 60 bulan setelah pemakaian sebesar 0,5138, atau dengan kata lain 51 persen pemakaian IUD sudah tidak lagi memakai IUD setelah menginjak tahun kelima.

Pada pemakaian KB suntik dan pil secara umum menunjukkan bahwa sejak tahun pertama hingga lima tahun pemakaian, tingkat ketidaklangsungan pemakaian suntik lebih rendah daripada tingkat ketidaklangsungan pemakaian KB pil. Pada 12 bulan pertama terlihat bahwa 23 persen pemakaian suntik telah berhenti menggunakan KB suntik sedangkan pemakaian pil yang *drop out* pada 12 bulan pertama sebesar 38 persen. Probabilitas tersebut semakin meningkat seiring waktu, dimana 72 persen pemakaian suntik dan 78 persen pemakaian pil diperkirakan akan *drop out* pada tahun kelima.

Tingkat ketidaklangsungan pemakaian metode tradisional/lainnya dalam 12 bulan dan 24 bulan terlihat lebih rendah dari angka ketidaklangsungan pemakaian KB modern lain. Akan tetapi setelah 36 bulan pemakaian, angka ketidaklangsungan pemakaian KB tradisional/lainnya dan modern lain tidak menunjukkan adanya perbedaan.

Hasil analisis tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut metode kontrasepsi yang digunakan tersebut diatas sejalan dengan kesimpulan yang diperoleh pada penelitian-penelitian terdahulu (misal Ali dan Cleland, 1995; Fathonah, 1997 dan 2000; Blanc, Curtis dan Croft, 2002) yang menyatakan bahwa IUD dan implan mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian terendah sedangkan kondom mempunyai tingkat ketidaklangsungan tertinggi, bahkan lebih tinggi dari angka ketidaklangsungan metode pantang berkala dan senggama terputus (metode tradisional).

Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut tujuan pemakaian kontrasepsi.

Pasangan usia subur menggunakan kontrasepsi untuk tujuan menunda/menjarangkan kelahiran atau membatasi kelahiran. Dalam hipotesis

penelitian dinyatakan bahwa peserta KB yang menggunakan alat kontrasepsi dengan motivasi untuk membatasi kelahiran diharapkan mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih rendah dibandingkan dengan pemakaian kontrasepsi yang bertujuan menunda/menjarangkan kelahiran.

Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang tertera pada table 4.6 kelihatannya memenuhi harapan tersebut. Terlihat adanya perbedaan lama pakai yang cukup besar berdasarkan median lama pakai yang dihasilkan *life table*, diperkirakan setengah dari pemakaian kontrasepsi yang bertujuan menunda kelahiran akan berakhir pemakaian kontrasepsinya dalam 25 bulan, sedangkan 50 persen pemakai kontrasepsi untuk tujuan membatasi kelahiran diperkirakan baru akan *drop out* setelah 47 bulan pemakaian kontrasepsi.

Pemakaian kontrasepsi yang bertujuan menunda kelahiran mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian sampai 12 bulan pertama sebesar 31 persen. Sedangkan 20 persen pemakaian kontrasepsi yang bertujuan membatasi kelahiran diperkirakan putus pakai kontrasepsi dalam setahun pertama pemakaian dan 80 persen sisanya masih bertahan menggunakan kontrasepsi.

Pada pemakaian sampai dengan tahun kedua terlihat bahwa separuh dari pemakaian kontrasepsi untuk menunda kelahiran telah berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi, sedangkan dalam jangka waktu pemakaian yang sama peserta KB dengan tujuan membatasi kelahiran yang mengalami putus pakai kontrasepsi adalah 31 persen. Memasuki tahun kelima pemakaian kontrasepsi, tidak sampai seperlima pemakaian kontrasepsi dengan tujuan menunda kelahiran yang masih menggunakan kontrasepsinya, sementara 42 persen akseptor KB bertujuan membatasi kelahiran masih tetap menggunakan suatu metode kontrasepsi.

Hasil analisis tersebut sejalan dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya yang menyimpulkan bahwa akseptor KB yang bertujuan menunda kelahiran mempunyai angka ketidaklangsungan atau dengan kata lain mempunyai kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang lebih singkat dibandingkan perempuan yang ikut KB dengan tujuan membatasi kelahiran (misal Waloejo et.al, 1991: BKKBN dan LDFEUI, 1994; Fathonah, 1997 dan 2000; Blanc, Curtis dan Croft, 2002).

Tabel 4.6. Angka ketidakiangsaan pemakaian kontrasepsi berdasarkan karakteristik latar belakang

Karakteristik latar belakang	Angka Ketidakiangsaan (bulan)					Waktu lama pakai (bulan)
	12	24	36	48	60	
Sumber alat/cara KB						
Swasta	0,2775	0,4286	0,5501	0,6555	0,7387	31,1
Pemerintah	0,2393	0,3886	0,5128	0,6303	0,7154	34,8
Sumber lainnya	0,2526	0,4262	0,5556	0,6464	0,6954	30,8
Metode Kontrasepsi						
IUD	0,0833	0,1741	0,2648	0,3634	0,5138	58,9
Susuk KB	0,0543	0,1214	0,2163	0,4850	0,5850	49,8
Suntikan	0,2286	0,3786	0,5151	0,6327	0,7250	34,7
Pil	0,3834	0,5501	0,6500	0,7241	0,7799	20,4
Modern lainnya	0,3909	0,5266	0,5952	0,6664	0,7177	21,7
Tradisional/lainnya	0,2239	0,4356	0,6002	0,6799	0,7269	28,7
Tujuan pemakaian kontrasepsi						
Menunda	0,3089	0,4875	0,6237	0,7349	0,8152	25,1
Membatasi	0,1971	0,3094	0,4096	0,5056	0,5824	47,3
Umur saat mulai pakai kontrasepsi						
< 20	0,3199	0,5007	0,6295	0,7351	0,8397	24,0
20 - 24	0,2835	0,4572	0,5925	0,7175	0,8058	27,8
25 - 34	0,2572	0,4027	0,5242	0,6267	0,6983	33,6
35 +	0,2306	0,3557	0,4547	0,5307	0,5891	43,2
Jumlah anak masih hidup saat mulai pakai KB						
0	0,7268	0,9096	0,9562	0,9812	1,0000	8,3
1 - 2	0,2708	0,4351	0,5663	0,6824	0,7684	29,9
3 +	0,2032	0,3305	0,4445	0,5370	0,6074	43,2
Umur kawin pertama						
< 20	0,2619	0,4098	0,5272	0,6285	0,7031	33,2
20 +	0,2699	0,4297	0,5593	0,6712	0,7578	30,5
Pendidikan wanita						
Tidak sekolah	0,1149	0,2516	0,4387	0,5115	0,5903	46,1
SD	0,2264	0,3670	0,4788	0,5899	0,6644	38,3
SLTP	0,2936	0,4565	0,5816	0,6865	0,7683	28,2
SLTA +	0,3141	0,4734	0,6143	0,7184	0,8065	26,3
Pendidikan suami						
Tidak sekolah	0,1486	0,2925	0,4855	0,5763	0,6398	37,9
SD	0,2397	0,3785	0,4876	0,5930	0,6769	37,4
SLTP	0,2765	0,4422	0,5668	0,6783	0,7572	29,6
SLTA +	0,3272	0,4689	0,6166	0,7011	0,7763	26,5
Tingkat kesejahteraan						
Rendah	0,2455	0,3957	0,5186	0,6306	0,7114	34,2
Menengah	0,2740	0,4237	0,5465	0,6488	0,7181	31,5
Tinggi	0,2847	0,4437	0,5671	0,6689	0,7526	29,5
Daerah tempat tinggal						
Pedesaan	0,2546	0,4001	0,5203	0,6286	0,7103	34,0
Perkotaan	0,2808	0,4450	0,5718	0,6753	0,7533	29,2

Sumber : SDKI 2007, diolah

Angka ketidaklangsungan menurut umur saat mulai memakai kontrasepsi.

Dalam kaitannya dengan umur, pola kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang diharapkan adalah bahwa semakin tua umur perempuan, semakin rendah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsinya.

Tabel 4.6 menunjukkan pola ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang konsisten yaitu bahwa semakin tua umur akseptor KB maka semakin rendah angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsinya.

Pemakaian kontrasepsi oleh wanita usia remaja (kurang dari 20 tahun) yang telah berhenti memakai kontrasepsi pada 12 bulan pertama sebesar 32 persen. Sedangkan pemakaian kontrasepsi pada kelompok umur lainnya yang mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi dalam setahun pertama yaitu 28 persen untuk wanita usia 20-24 tahun, 26 persen untuk akseptor KB usia 25-34 tahun dan 23 persen untuk perempuan berusia 35 tahun keatas.

Pada pemakaian kontrasepsi setelah tahun pertama terlihat bahwa lima dari sepuluh pemakaian kontrasepsi oleh wanita usia remaja telah berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi pada tahun kedua, sementara lebih dari separuh dari akseptor yang berumur 20-24 tahun dan 25-34 tahun masih menggunakan kontrasepsi. Sedangkan angka ketidaklangsungan 24 bulan pada pemakaian kontrasepsi oleh wanita berumur lebih tua adalah 36 persen.

Hingga akhir periode pengamatan (tahun kelima) tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi adalah 84 persen untuk akseptor usia remaja, 81 persen untuk akseptor usia reproduktif muda, 70 persen untuk wanita usia puncak reproduksi dan 59 persen untuk perempuan berusia 35 tahun ke atas.

Berdasarkan nilai median lama pakai diperkirakan bahwa separuh pemakaian kontrasepsi oleh akseptor usia remaja tidak lagi menggunakan kontrasepsi dalam 24 bulan, 50 persen pemakaian kontrasepsi pada wanita usia 20-24 tahun masih menggunakan kontrasepsi setelah 28 bulan, setengah dari pemakaian kontrasepsi oleh perempuan usia 25-34 tahun berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi dalam 34 bulan dan lima dari sepuluh pemakaian kontrasepsi oleh akseptor usia 35 tahun ke atas masih akan bertahan memakai kontrasepsi setelah 43 bulan pemakaian.

Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut jumlah anak masih hidup pada saat mulai pakai kontrasepsi

Jumlah anak masih hidup dipilih sebagai ukuran paritas seorang perempuan karena pada kenyataannya jumlah anak yang masih hidup lebih menentukan tingkah laku fertilitas. Dalam hipotesis disebutkan bahwa semakin banyak jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang perempuan, maka diharapkan pemakaian kontrasepsinya akan semakin lama.

Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang disajikan dalam table 4.6 menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi pada perempuan yang belum mempunyai anak mempunyai tingkat ketidaklangsungan tertinggi, hal ini dapat dimengerti karena mereka ingin segera memperoleh anak pertama. Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi 12 bulan pertama terlihat bahwa 73 persen pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang belum punya anak tidak lagi berlanjut pemakaian kontrasepsinya, sedangkan sampai dengan empat tahun pertama pemakaian hanya 2 persen akseptor yang masih menggunakan kontrasepsi sedangkan 98 persen lainnya telah *drop out* dalam 48 bulan. Menginjak tahun kelima sudah tidak ada lagi pemakaian kontrasepsi oleh akseptor KB yang belum punya anak yang masih bertahan menggunakan kontrasepsi. Pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang belum mempunyai anak juga mempunyai angka median lama pakai yang sangat singkat yaitu 8,3 bulan, hal ini berarti 50 persen pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang belum punya anak diperkirakan diskontinu pada bulan ke delapan.

Terlihat adanya hubungan positif antara angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dengan jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang wanita, dimana tingkat ketidaklangsungan kontrasepsi semakin menurun seiring dengan bertambahnya jumlah anak masih hidup.

Tingkat ketidaklangsungan 48 bulan menunjukkan bahwa lebih dari dua per tiga pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang mempunyai 1-2 anak hidup telah berakhir dalam 48 bulan pertama dan dalam jangka waktu pemakaian yang sama 54 persen pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang telah mempunyai minimal 3 orang anak diperkirakan sudah tidak lagi menggunakan KB.

Sedangkan pada tingkat ketidaklangsungan 60 bulan menunjukkan bahwa proporsi pemakaian KB pada wanita yang telah mempunyai anak yang sudah tidak lagi memakai kontrasepsi pada tahun kelima adalah 77 persen untuk wanita yang baru memiliki satu atau dua orang anak, dan 60 persen untuk wanita dengan jumlah anak hidup minimal 3 orang.

Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut umur kawin pertama

Secara umum dapat dikatakan bahwa angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih tinggi pada pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang memasuki jenjang perkawinan pada usia 20 tahun ke atas. Pada tabel 4.6 terlihat bahwa pada tingkat kelangsungan 12 bulan pertama tidak terdapat perbedaan tingkat ketidaklangsungan, akan tetapi setelah memasuki bulan ke 24 dan pada bulan-bulan berikutnya angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dari wanita dengan umur kawin pertama lebih dari 20 tahun lebih tinggi dari pemakaian KB oleh wanita yang menikah pada usia remaja.

Nilai median lama pakai menunjukkan bahwa separo dari pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang menikah pertama kali pada usia belasan telah berakhir dalam 33 bulan sedangkan 50 persen pemakaian kontrasepsi oleh pemakai KB yang memasuki jenjang perkawinan pada usia lebih tua telah berakhir pada bulan ke 30.

Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut tingkat pendidikan

Dalam hipotesis disebutkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan wanita diharapkan semakin rendah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsinya.

Akan tetapi tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut pendidikan perempuan pada table 4.6 justru menunjukkan pola yang berlawanan dengan hipotesis, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seorang perempuan

maka semakin tinggi tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsinya. Secara umum hal ini bisa dilihat dari nilai median lama pakai kontrasepsi yang cukup bervariasi yaitu 26 bulan pada wanita berpendidikan tinggi hingga 46 bulan untuk wanita yang tidak sekolah/tidak tamat SD.

Pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang tidak sekolah atau tidak tamat SD mempunyai tingkat ketidaklangsungan terendah dibandingkan pemakaian KB pada wanita yang berpendidikan lebih tinggi. Tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi 12 bulan pertama dari kelompok wanita yang tidak sekolah/tidak tamat SD adalah sebesar 0,1149, sedangkan pada wanita berpendidikan minimal tamat SLTA sebesar 0,3141. Proporsi ini terus meningkat, angka ketidaklangsungan 60 bulan menunjukkan bahwa 40 persen pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang tidak sekolah/tidak tamat SD masih bertahan hingga tahun kelima, sedangkan pemakaian kontrasepsi oleh wanita berpendidikan relatif tinggi yang masih bertahan memakai KB hingga tahun kelima hanya sekitar 19 persen.

Dari nilai median lama pakai dapat diketahui bahwa kelompok wanita yang berpendidikan tinggi cenderung mengakhiri atau mengganti pemakaian kontrasepsi lebih cepat dibandingkan kelompok wanita dengan tingkat pendidikan lebih rendah. 50 persen pemakaian kontrasepsi oleh wanita berpendidikan minimal tamat SLTA berhenti/ganti cara pakai pada bulan ke 26, sedangkan separuh dari pemakaian kontrasepsi pada wanita yang tidak sekolah/tidak tamat SD tidak lagi berlanjut pada dalam 46 bulan pemakaian.

Tingkat ketidaklangsungan yang lebih tinggi dari pemakaian kontrasepsi pada wanita yang berpendidikan lebih tinggi mungkin disebabkan karena mereka masih muda dan belum lama memasuki ikatan perkawinan, sehingga ada kecenderungan ingin segera mempunyai anak lagi. Kemungkinan lain adalah bahwa pengetahuan yang lebih baik dan akses yang lebih mudah terhadap berbagai metode kontrasepsi dari wanita yang berpendidikan tinggi membuat mereka dapat dengan mudah mengganti (*switching*) alat/cara KB yang digunakan dengan metode kontrasepsi yang lebih sesuai dengan kondisi dan kebutuhan mereka.

Walaupun hasil analisis ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut tingkat pendidikan wanita dan suaminya tidak sejalan dengan hipotesis, tapi hal ini sejalan dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya (misal BKKBN dan LDFEUI, 1994; Fathonah, 2000).

Pendidikan suami juga memainkan peranan penting dalam perilaku pemakaian kontrasepsi. Pendidikan suami yang lebih baik selain mengarah pada pengetahuan yang lebih baik mengenai keluarga berencana juga menciptakan komunikasi yang baik diantara suami istri. Hal ini dapat meningkatkan motivasi perencanaan keluarga, yang kemudian diterjemahkan dalam kedisiplinan menggunakan kontrasepsi.

Tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi menurut tingkat pendidikan suami, menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan suami maka angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi semakin meningkat.

Pemakaian kontrasepsi oleh perempuan yang suaminya tidak sekolah/tidak tamat SD mempunyai probabilitas untuk putus pakai kontrasepsi dalam 12 bulan pertama sebesar 0,1486 sedangkan tingkat ketidaklangsungan hingga lima tahun yaitu 0,6398. Pemakaian alokon pada perempuan yang suaminya berpendidikan minimal tamat SLTA mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi tertinggi dibandingkan akseptor yang suaminya berpendidikan lebih rendah dimana sekitar sepertiga pemakaian kontrasepsi oleh perempuan yang bersuamikan seseorang berpendidikan tamat SLTA atau lebih telah putus pakai kontrasepsi dalam 12 bulan pertama. Tingkat ketidaklangsungan pada tahun kelima menunjukkan bahwa 78 persen pemakaian KB oleh wanita yang suaminya berpendidikan minimal tamat SLTA sudah tidak lagi berlangsung pada tahun kelima.

Pola kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang sama menurut tingkat pendidikan wanita dan pendidikan suami tersebut dapat dijelaskan bahwa sepasang suami istri umumnya memiliki tingkat pendidikan yang kurang lebih sama, dan tingkat kelangsungan yang lebih rendah diantara pasangan suami istri mungkin disebabkan mereka masih muda dan belum lama memasuki ikatan perkawinan, sehingga ada kecenderungan ingin mempunyai anak lagi. Kemungkinan lain adalah bahwa pengetahuan yang lebih baik mengenai metode

kontrasepsi dari pasangan suami istri berpendidikan tinggi membuat mereka dapat dengan mudah mengganti (*switching*) alat/cara KB yang digunakan dengan metode kontrasepsi yang lebih sesuai dengan kondisi dan kebutuhan mereka.

Walaupun hasil analisis kelangsungan pemakaian kontrasepsi menurut tingkat pendidikan tidak mendukung hipotesis, tapi hal ini sejalan dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya (misal BKKBN dan LDFEUI, 1994; Fathonah, 2000).

4.2.3.2 **Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut tingkat kesejahteraan**

Wanita yang lebih mampu secara ekonomi pada umumnya mempunyai kemampuan lebih besar untuk membiayai kebutuhan kontrasepsinya misalnya untuk membeli alat/obat kontrasepsi, atau memperoleh KIE yang lebih berkualitas. Sejalan dengan itu maka dalam hipotesis disebutkan bahwa semakin tinggi tingkat kesejahteraan pasangan suami istri maka diharapkan akan semakin lama pemakaian kontrasepsi, atau dengan kata lain semakin rendah tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsinya.

Akan tetapi tabel 4.6 menunjukkan secara konsisten dari waktu ke waktu bahwa angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi meningkat seiring dengan semakin tingginya tingkat kesejahteraan wanita peserta KB. Pada tingkat ketidaklangsungan 12 bulan terlihat bahwa pemakaian kontrasepsi yang telah *drop out* adalah 25 persen untuk wanita dengan kemampuan ekonomi rendah, 27 persen untuk wanita dengan status sosialekonomi menengah dan 28 persen untuk wanita dengan tingkat kekayaan tinggi.

Nilai median lama pakai kontrasepsi menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kesejahteraan seorang wanita peserta KB, pemakaian kontrasepsinya semakin cepat berakhir. Variasi nilai median lama pakai tidak terlalu lebar, yaitu 34 bulan untuk wanita dengan tingkat kesejahteraan rendah, 32 bulan untuk wanita yang mempunyai status sosial ekonomi menengah dan 30 bulan untuk wanita dengan tingkat kekayaan tinggi.

Angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut daerah tempat tinggal

Dalam hipotesis penelitian disebutkan bahwa pemakaian kontrasepsi dari kelompok wanita yang tinggal di daerah perkotaan diharapkan mempunyai angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih rendah daripada pemakaian KB dari wanita yang tinggal di pedesaan. Seperti telah diketahui bahwa akses pada fasilitas pelayanan KB dengan pilihan metode kontrasepsi yang lebih beragam dan informasi KB dari berbagai media lebih mudah dijangkau dan diperoleh di wilayah perkotaan daripada pedesaan.

Table 4.6 menunjukkan hasil yang berlawanan dengan hipotesis, dimana wanita yang tinggal di pedesaan ternyata mempunyai tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih rendah daripada wanita di perkotaan. Terlihat bahwa tingkat ketidaklangsungan 12 bulan hingga 60 bulan pemakaian pada peserta KB di pedesaan secara konsisten lebih rendah dibandingkan kelompok wanita yang tinggal di perkotaan.

Nilai median lama pakai menunjukkan bahwa 50 persen wanita peserta KB di pedesaan diperkirakan masih bertahan memakai kontrasepsi setelah 34 bulan, sedangkan separuh dari wanita di perkotaan telah mengakhiri pemakaian suatu metode kontrasepsi dalam 29 bulan sejak pemakaian.

Walaupun analisis tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurut daerah tempat tinggal tidak seperti yang diharapkan dalam hipotesis, akan tetapi hasil tersebut sejalan dengan beberapa penelitian yang menyimpulkan bahwa tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi oleh wanita di perkotaan lebih tinggi daripada wanita di pedesaan (misal Fathonah, 1997; Mudjiarto dan Prihyugianto, 2004)

4.3. Pengaruh Sumber Alat/Cara KB dan Faktor Sosiodemografi Terhadap Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi.

Telah dikemukakan tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berpengaruh terhadap ketidaklangsungan pemakaian

ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi, untuk itu dilakukan analisis statistik inferensial dengan menggunakan metode regresi Cox (*proportional hazard model*).

Pada uji kesesuaian model yang terdapat pada tabel *omnibus test of model coefficient* dari output pengolahan data menggunakan paket program SPSS 13.0 dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan model fit dan signifikan secara statistik pada tingkat kepercayaan 5 persen, dimana nilai p sama dengan 0,000.

Sedangkan pada uji parameter secara individual, berdasarkan statistik Wald yang terdapat pada tabel *Variable in equation* dari output SPSS terlihat bahwa variabel umur kawin pertama dan variabel tingkat kesejahteraan tidak signifikan secara statistik pada tingkat kepercayaan 5 persen, dimana nilai p lebih besar dari 0,05. Pengaruh dari masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat yang dalam penelitian ini adalah kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang diukur dengan durasi atau lama pakai koontrasepsi, dijabarkan sebagai berikut

Pengaruh sumber alat/cara KB terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

Hasil analisis regresi Cox menunjukkan bahwa variabel sumber alat/cara KB secara statistik mempunyai pengaruh signifikan terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi bahkan setelah dikontrol terhadap pengaruh faktor-faktor lain seperti metode kontrasepsi, tingkat pendidikan dan faktor lainnya.

Akan tetapi hasilnya tidak seperti yang diharapkan dalam hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas swasta mempunyai probabilitas lebih kecil untuk mengalami putus pakai kontrasepsi dibanding pemakaian metode KB dari sumber pemerintah atau sumber-sumber lainnya. Tabel 4.7 menunjukkan bahwa ternyata pemakaian kontrasepsi dari wanita yang memperoleh alat/cara KB dari sumber pelayanan swasta mempunyai risiko untuk putus pakai kontrasepsi 1,129 kali lebih cepat dibandingkan pemakaian kontrasepsi yang diperoleh alat/cara KB dari sumber lainnya. Sedangkan peluang untuk putus pakai kontrasepsi pada pemakaian

kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas pemerintah adalah sebesar 1,149 kali lebih cepat daripada pemakaian kontrasepsi yang diperoleh alat/cara KB dari sumber lainnya. Dengan kata lain pemakaian kontrasepsi yang berasal dari sumber lainnya mempunyai kelangsungan pemakaian kontrasepsi lebih lama dibandingkan pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari fasilitas swasta dan pemerintah.

Risiko ketidaklangsungan pemakaian alat/cara KB yang lebih rendah dari peserta KB yang mendapatkan kontrasepsi dari sumber lainnya dibandingkan peserta KB yang memperoleh alat/cara KB dari swasta dan fasilitas pemerintah dapat dijelaskan bahwa sebagaimana telah diketahui sumber pelayanan lainnya seperti Polindes, Posyandu, Pos KB/PPKB, teman/keluarga dan toko obat, telah menjangkau secara luas hingga ke pelosok desa dan daerah sulit, sedangkan fasilitas pelayanan swasta dan pemerintah umumnya terbatas dan berada di tingkat kecamatan atau kabupaten/kota yang jauh dengan tempat tinggal para akseptor. Sehingga mungkin akseptor dapat lebih mudah mendapatkan alat/cara KB dan KIE mengenai KB dari sumber-sumber lainnya tersebut yang jaraknya relatif dekat dengan tempat tinggal, disamping itu mungkin mereka memperoleh pelayanan KB dengan harga lebih murah (subsidi) atau bahkan gratis bagi akseptor kurang mampu.

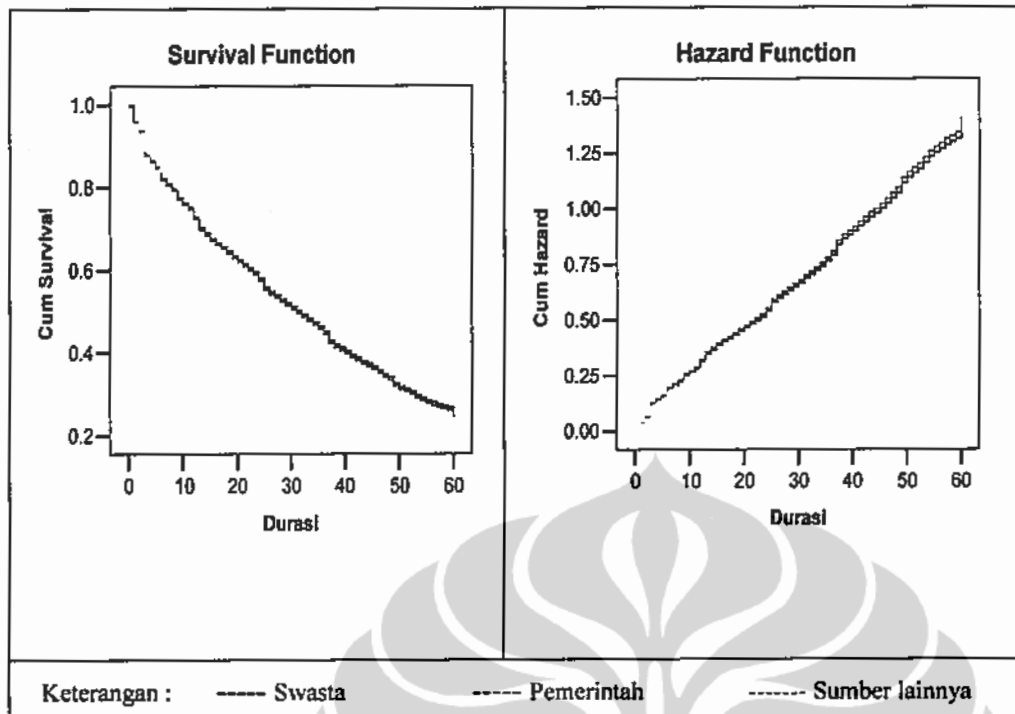
Kedekatan dengan petugas pelayanan KB juga mungkin menjadi sebab mengapa akseptor yang memperoleh pelayanan dari sumber lainnya lebih disiplin dan bertahan lebih lama memakai suatu cara KB. Petugas pelayanan dari sumber lainnya seperti bidan desa yang bertugas di Polindes, kader-kader PKK yang bertugas di Posyandu dan petugas lainnya pada umumnya sudah membaaur atau bahkan merupakan bagian dari masyarakat itu sendiri, sehingga membentuk sistem kemasyarakatan yang didasarkan pada ikatan kekeluargaan yang erat

Akan tetapi dimungkinkan pula risiko ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang lebih kecil pada pemakaian kontrasepsi yang diperoleh dari sumber lainnya disebabkan karena keterbatasan metode kontrasepsi dan pelayanan KB yang tersedia pada sumber lainnya (Polindes, Posyandu, Pos KB/PPKBD, dan lain lain) sehingga wanita peserta KB tidak mempunyai banyak pilihan selain melanjutkan pemakaian kontrasepsinya.

Fungsi survival (gambar 4.1) yang menunjukkan peluang untuk bertahan lebih lama memakai kontrasepsi dan fungsi hazard yang menunjukkan risiko untuk mengalami putus pakai kontrasepsi. Berdasarkan fungsi survival terlihat bahwa pemakaian kontrasepsi yang berasal dari sumber swasta dan pemerintah mempunyai peluang yang sama untuk bertahan memakai suatu metode kontrasepsi, hal ini terlihat dari berhimpitnya garis yang mewakili sumber swasta dan sumber pemerintah, akan tetapi peluang keduanya lebih rendah daripada peluang bertahan memakai kontrasepsi pada akseptor KB yang memperoleh pelayanan kontrasepsi dari sumber lainnya. Sebaliknya jika dilihat berdasarkan fungsi hazard diketahui bahwa probabilitas untuk putus pakai kontrasepsi lebih cepat pada perempuan yang memperoleh pelayanan KB dari sumber swasta atau pemerintah daripada peluang diskontinu pemakaian kontrasepsi dari sumber lainnya.

Temuan ini tidak sesuai dengan pernyataan dalam hipotesis penelitian bahwa pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang memperoleh alat/cara KB dari sumber swasta akan bertahan lebih lama menggunakan suatu metode kontrasepsi dibandingkan akseptor KB yang dilayani fasilitas pemerintah dan sumber lainnya. Selain itu estimasi angka ketidaklangsungan menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi pada ketiga sumber pelayanan tersebut juga tidak menunjukkan perbedaan yang berarti.

Akan tetapi analisis deskriptif yang telah dikemukakan menunjang temuan ini, dimana peserta KB yang mengakses sumber pelayanan lainnya mempunyai persentase kasus diskontinu paling kecil dibandingkan akseptor yang mengakses sumber pelayanan swasta dan pemerintah. Temuan ini juga mendukung hasil analisis tingkat kelangsungan yang dilakukan pada penelitian sebelumnya (misal Wiyono dan Handayani, 2004) yang menyimpulkan bahwa tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi akseptor yang memperoleh pelayanan dari sumber lainnya lebih tinggi dibandingkan akseptor yang mengakses fasilitas pelayanan KB swasta dan pemerintah



Gambar 4.1. Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Sumber Alat/Cara KB

Pengaruh metode kontrasepsi yang digunakan terhadap ketidاكلangsungan pemakaian kontrasepsi

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa metode kontrasepsi yang digunakan berpengaruh signifikan secara statistik terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang dapat dilihat dari nilai- $p < 0,05$ untuk seluruh metode kontrasepsi.

Model regresi Cox menunjukkan bahwa pemakaian IUD dan implan memang mempunyai risiko diskontinu lebih kecil dibandingkan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Hal ini tidaklah mengherankan karena IUD dan implan merupakan metode kontrasepsi jangka panjang yang mempunyai efektifitas tinggi. Demikian pula halnya dengan pemakaian suntik KB yang mempunyai risiko ketidاكلangsungan relatif rendah, karena metode ini juga mempunyai efektifitas tinggi jika digunakan secara rutin dan disiplin. Temuan yang menarik dalam penelitian ini adalah bahwa ternyata pemakaian pil KB dan

metode modern lain justru mempunyai risiko diskontinu lebih tinggi daripada pemakaian metode tradisional/lainnya. Padahal telah diketahui bahwa metode pil KB dan modern lain mempunyai efektifitas lebih tinggi dibandingkan metode tradisional/lainnya, .

Pemakaian IUD mempunyai risiko lebih lambat (0,366 kali) untuk diskontinu dibandingkan wanita yang menggunakan cara KB tradisional/lainnya. Sedangkan peluang untuk mengalami diskontinu pada pemakaian KB susuk 0,413 kali lebih lambat daripada peluang untuk diskontinu pada pemakaian KB tradisional/lainnya. Pemakai KB suntik mempunyai probabilitas untuk putus pakai kontrasepsi 0,823 kali lebih lambat daripada probabilitas putus pakai pada pengguna KB tradisional/lainnya. Pemakaian pil KB dan metode modern lain mempunyai risiko 1,293 kali dan 1,188 kali lebih cepat untuk mengalami putus pakai kontrasepsi dibandingkan pemakaian KB tradisional/lainnya.

Dengan kata lain pemakaian metode kontrasepsi IUD, susuk KB, dan suntik mempunyai peluang lebih besar untuk mempertahankan kelangsungan pemakaian lebih lama daripada pemakaian metode tradisional/lainnya. Sedangkan pemakaian pil KB dan metode modern lain cenderung lebih cepat mengalami ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dibandingkan pemakaian kontrasepsi tradisional/lainnya.

Rendahnya risiko ketidaklangsungan pemakaian IUD dan implan terjadi karena pemakaian IUD dan implan tidak mudah dihentikan atau diganti, memerlukan bantuan petugas kesehatan untuk melepaskan alat KB tersebut sehingga diperlukan pertimbangan matang dari pemakai yang ingin menghentikan pemakaian IUD/implan. Pada sisi positif, Kebutuhan akan petugas kesehatan untuk melepas alat memberikan kesempatan kepada pemakai dan petugas kesehatan untuk mendiskusikan alasan ingin putus pakai, tindakan untuk mengatasi efek samping dan sebagainya yang mungkin pada gilirannya dapat memperpanjang lama pemakaian atau mengurungkan niat pemakai untuk menghentikan pemakaian IUD/implan. Pada sisi negatif, klien yang ingin melepas IUD/implan yang mereka gunakan tidak dapat segera terpenuhi keinginannya karena keterbatasan petugas terlatih yang dapat melepas IUD/implan, penolakan petugas kesehatan untuk melepas alat atau dikenakan biaya pelepasan yang tinggi

pada akhirnya menyebabkan pemakaian IUD atau implan memiliki risiko lebih kecil untuk diskontinu (Steele dan Curtis, 2003).

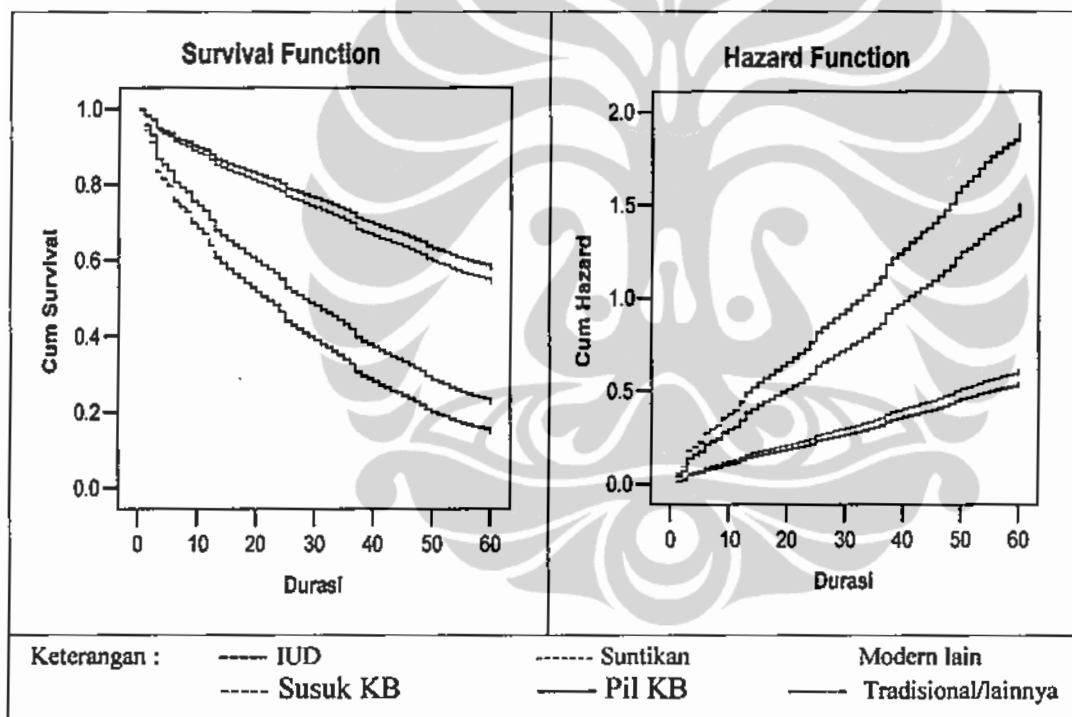
Kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang terlihat lebih mantap pada pemakaian suntik KB. Hal ini dimungkinkan karena metode suntik KB merupakan metode yang tersedia hampir di seluruh sumber alat/cara KB baik di perkotaan maupun pedesaan, sehingga akseptor dapat dengan mudah memperoleh suntikan ulang.

Risiko ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi tradisional/lainnya yang lebih kecil dibandingkan pemakaian pil KB dan metode modern lainnya, mungkin disebabkan karena metode kontrasepsi tradisional seperti pantang berkala dan senggama terputus tidak menyebabkan efek samping dan masalah kesehatan bagi pemakainya sehingga menurunkan risiko diskontinu yang disebabkan efek samping dan masalah kesehatan, yang merupakan alasan diskontinu yang paling banyak dikemukakan. Kemungkinan lain adalah kecenderungan untuk memilih metode pantang berkala atau senggama terputus diantara perempuan berpendidikan lebih tinggi. Walaupun metode tradisional dikenal tidak seefektif metode modern, akan tetapi dengan pengetahuan dan kedisiplinan yang tinggi dari wanita yang lebih berpendidikan menghasilkan pemakaian kontrasepsi yang lebih mantap.

Jika menghubungkan risiko ketidaklangsungan yang rendah pada metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implan, dengan pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari sumber lainnya yang juga memiliki peluang putus pakai lebih kecil, hal ini menunjukkan bahwa bidan di desa yang bertugas pada Polindes (yang telah mengikuti pelatihan pemasangan dan pencabutan IUD atau implant) mampu memberikan pelayanan IUD dan implant yang berkualitas.

Berdasarkan fungsi survival (gambar 4.2), terlihat bahwa pemakaian metode IUD, implan dan suntik KB berpeluang lebih lama bertahan menggunakan kontrasepsi dibandingkan pemakaian metode KB tradisional/lainnya. Sedangkan fungsi hazard menunjukkan bahwa penggunaan KB pil dan metode modern lain mempunyai probabilitas untuk berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi lebih cepat daripada pemakaian KB tradisional/lainnya.

Hasil ini sejalan dengan hasil analisis deskriptif yang menyatakan bahwa pemakaian IUD mempunyai persentase kasus putus pakai terkecil dan mempunyai tingkat ketidaklangsungan paling rendah daripada pemakai metode KB lain, sementara pemakaian Pil KB mempunyai persentase kasus putus pakai tertinggi dan tingkat ketidaklangsungan tertinggi dibandingkan pemakaian metode KB lain. Hasil ini juga mendukung hipotesis penelitian yang menyebutkan bahwa wanita yang menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan susuk KB mempunyai ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang lebih rendah dibandingkan akseptor KB yang menggunakan metode kontrasepsi modern jangka pendek atau tradisional/lainnya.



Gambar 4.2. Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Metode Kontrasepsi

Tabel 4.7. Estimasi Parameter dan Rasio Kecenderungan Model Regresi Logistik

Variabel Bebas	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sumber Pelayanan			11,334	2	0,003	
Swasta	0,121	0,039	9,710	1	0,002	1,129
Pemerintah	0,139	0,043	10,572	1	0,001	1,149
Sumber lainnya	-	-	-	-	-	-
Metode Kontrasepsi			676,977	5	0,000	
IUD	-1,004	0,092	120,039	1	0,000	0,366
Susuk KB	-0,885	0,087	103,957	1	0,000	0,413
Suntik	-0,195	0,051	14,793	1	0,000	0,823
Pil	0,257	0,050	26,827	1	0,000	1,293
Modern lain	0,172	0,077	4,945	1	0,026	1,188
Tradisional/lainnya	-	-	-	-	-	-
Tujuan_berKB						
Menunda	-	-	-	-	-	-
Membatasi	-0,525	0,027	388,977	1	0,000	0,592
Umur saat awal episode			16,827	3	0,001	
< 20	-	-	-	-	-	-
20 - 24	0,109	0,040	7,498	1	0,006	1,115
25 - 34	0,126	0,043	8,754	1	0,003	1,135
35 +	0,227	0,056	16,611	1	0,000	1,255
Jumlah AMH			659,097	2	0,000	
'0	-	-	-	-	-	-
1 - 2	-1,184	0,047	638,306	1	0,000	0,306
3 +	-1,321	0,056	562,739	1	0,000	0,267
Umur Kawin Pertama						
< 20	0,084	0,025	11,307	1	0,001	1,088
20 +	-	-	-	-	-	-
Pendidikan wanita			74,607	3	0,000	
Tidak sekolah/Tidak Tamat SD	-	-	-	-	-	-
Tamat SD	0,145	0,081	3,237	1	0,072	1,156
Tamat SLTP	0,359	0,082	19,007	1	0,000	1,432
Tamat SLTA +	0,412	0,092	19,851	1	0,000	1,510
Pendidikan suami			21,567	3	0,000	
Tidak sekolah/Tidak Tamat SD	-	-	-	-	-	-
Tamat SD	0,038	0,083	0,207	1	0,649	1,038
Tamat SLTP	0,133	0,084	2,515	1	0,113	1,142
Tamat SLTA +	0,234	0,092	6,460	1	0,011	1,263
Tingkat Kesejahteraan			0,049	2	0,976	
Rendah	-	-	-	-	-	-
Menengah	0,007	0,030	0,047	1	0,829	1,007
Tinggi	0,004	0,030	0,022	1	0,883	1,004
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	0,059	0,025	5,562	1	0,018	1,060
Pedesaan	-	-	-	-	-	-

Sumber : SDKI 2007, diolah

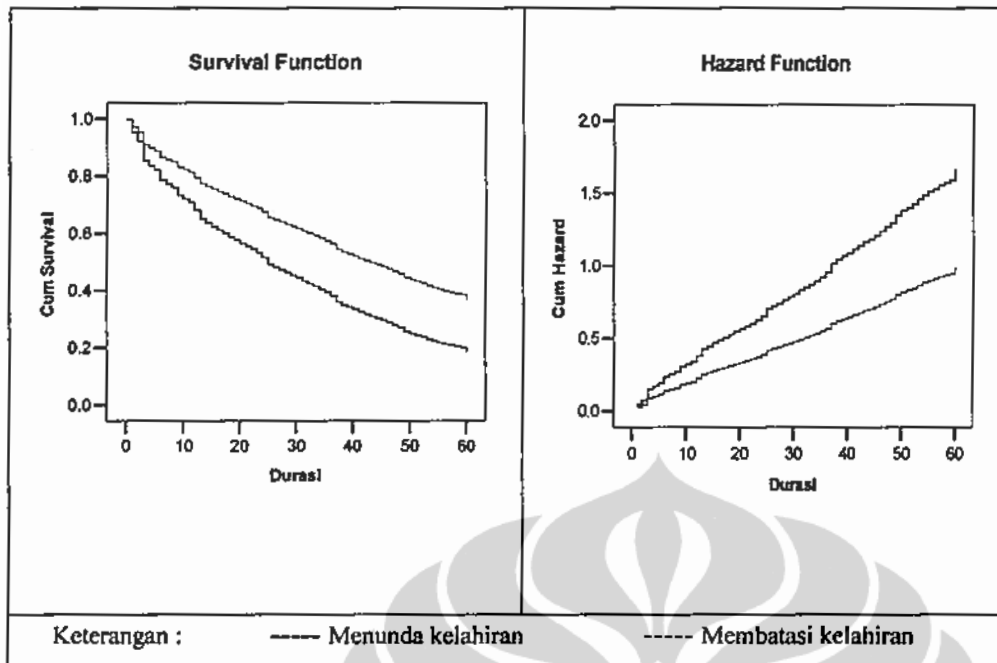
Pengaruh tujuan pemakaian kontrasepsi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

Dalam hipotesis penelitian disebutkan bahwa pemakaian kontrasepsi yang bertujuan membatasi kelahiran mempunyai peluang lebih kecil untuk mengalami ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi daripada pemakaian kontrasepsi yang bertujuan menunda kelahiran.

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa variabel tujuan pemakaian kontrasepsi mempunyai pengaruh signifikan secara statistik terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi, dimana akseptor yang bertujuan membatasi kelahiran mempunyai risiko untuk berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi 0,592 kali lebih lambat dibanding risiko putus pakai kontrasepsi pada akseptor KB yang bertujuan menunda kelahiran. Hal ini berarti pula bahwa kelangsungan pemakaian kontrasepsi pada akseptor yang bertujuan membatasi kelahiran lebih lama daripada pemakaian kontrasepsi pada akseptor yang bertujuan menunda kelahiran.

Hasil tersebut dapat dipahami karena wanita yang menggunakan kontrasepsi dengan tujuan membatasi kelahiran pada umumnya sudah tidak menginginkan anak lagi sehingga mereka mempunyai motivasi yang kuat dalam menggunakan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan. Sedangkan wanita yang masih menginginkan anak lagi, penggunaan kontrasepsinya bertujuan untuk menunda atau menjarangkan kelahiran. Mereka akan cenderung untuk segera menghentikan pemakaian kontrasepsinya ketika ia ingin memperoleh anak lagi.

Berdasarkan fungsi survival dan fungsi hazard (gambar 4.3) terlihat bahwa pemakaian kontrasepsi dengan tujuan membatasi kelahiran mempunyai peluang bertahan lebih lama dibandingkan perempuan yang memakai kontrasepsi dengan tujuan menunda kelahiran, sebaliknya risiko untuk putus pakai kontrasepsi lebih cepat dialami oleh pemakaian kontrasepsi yang bertujuan menunda kelahiran daripada pemakaian kontrasepsi untuk membatasi kelahiran.



4.3. Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Tujuan Pemakaian Kontrasepsi

Hasil ini sesuai dengan hipotesis penelitian dan sejalan dengan hasil analisis deskriptif yang menyatakan bahwa persentase kasus putus pakai kontrasepsi pada pemakaian kontrasepsi yang bertujuan menunda kelahiran lebih besar daripada pemakaian kontrasepsi yang bertujuan membatasi kelahiran dan tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi untuk menunda kelahiran lebih tinggi daripada pemakaian kontrasepsi untuk membatasi kelahiran.

Pengaruh umur wanita saat mulai pakai kontrasepsi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

Dalam hipotesis penelitian disebutkan bahwa semakin tua umur seorang akseptor maka semakin kecil peluang untuk mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi. Karena pada umumnya wanita yang lebih muda belum memiliki anak atau sudah memiliki anak tetapi belum mencapai jumlah anak yang diinginkan sehingga pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang berusia lebih muda cenderung lebih cepat mengalami putus pakai kontrasepsi. Selain itu wanita berumur lebih muda mempunyai kecenderungan lebih besar untuk ganti cara pakai kontrasepsi

untuk mendapatkan alat/cara KB yang paling sesuai dengan kondisi dan keinginannya. Sedangkan wanita yang berusia lebih tua sudah memiliki lebih banyak anak dan lebih berpengalaman dalam menggunakan berbagai metode KB.

Hasil analisis regresi Cox pada tabel 4.7 tidak sesuai seperti yang diharapkan dalam hipotesis penelitian. Model regresi Cox menunjukkan bahwa ternyata variabel umur wanita peserta KB mempunyai pengaruh positif dan signifikan secara statistik terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi, dimana rasio kecenderungan menunjukkan bahwa semakin tua umur akseptor saat memulai pakai kontrasepsi maka semakin besar probabilitas untuk mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi.

Risiko untuk diskontinu pemakaian kontrasepsi pada akseptor yang mulai pakai kontrasepsi pada umur 20-24 tahun adalah 1,151 kali lebih cepat daripada mereka yang berumur kurang dari 20 tahun. Risiko untuk diskontinu pemakaian kontrasepsi pada pemakaian KB oleh wanita yang berumur 25-34 tahun sebesar 1,135 kali lebih cepat daripada pemakaian KB oleh akseptor remaja. Sedangkan probabilitas untuk putus pakai kontrasepsi pada wanita yang berumur 35 tahun ke atas adalah 1,255 kali lebih cepat dibandingkan risiko putus pakai kontrasepsi pada wanita usia remaja (kurang dari 20 tahun).

Hasil yang tidak sesuai dengan hipotesis penelitian ini, dapat dijelaskan (tabel 4.8) bahwa ternyata proporsi kasus diskontinu karena alasan ingin hamil pada wanita yang berumur lebih tua lebih banyak terjadi pada mereka yang mempunyai paritas rendah (0-2 anak), sehingga meskipun sudah berumur lebih tua tetapi pemakaian kontrasepsinya bertujuan untuk menunda kelahiran, karena mereka masih ingin hamil lagi. Kelompok wanita berumur lebih tua dan mempunyai paritas lebih rendah umumnya adalah mereka yang berpendidikan tinggi yang menikah pada usia lebih tua, sehingga jumlah anak yang mereka miliki masih sedikit dan cenderung untuk menambah anak lagi.

Wanita yang masih menginginkan anak lagi tetapi masih berusia muda lebih leluasa mengatur jarak kelahiran anak-anak mereka, sehingga pemakaian kontrasepsinya berlangsung lebih. Sedangkan pada wanita berusia lebih tua tetapi masih menginginkan anak lagi cenderung lebih cepat berhenti berKB untuk segera

memperoleh anak sesuai jumlah yang mereka inginkan sebelum memasuki usia rawan melahirkan atau memasuki masa tidak subur lagi.

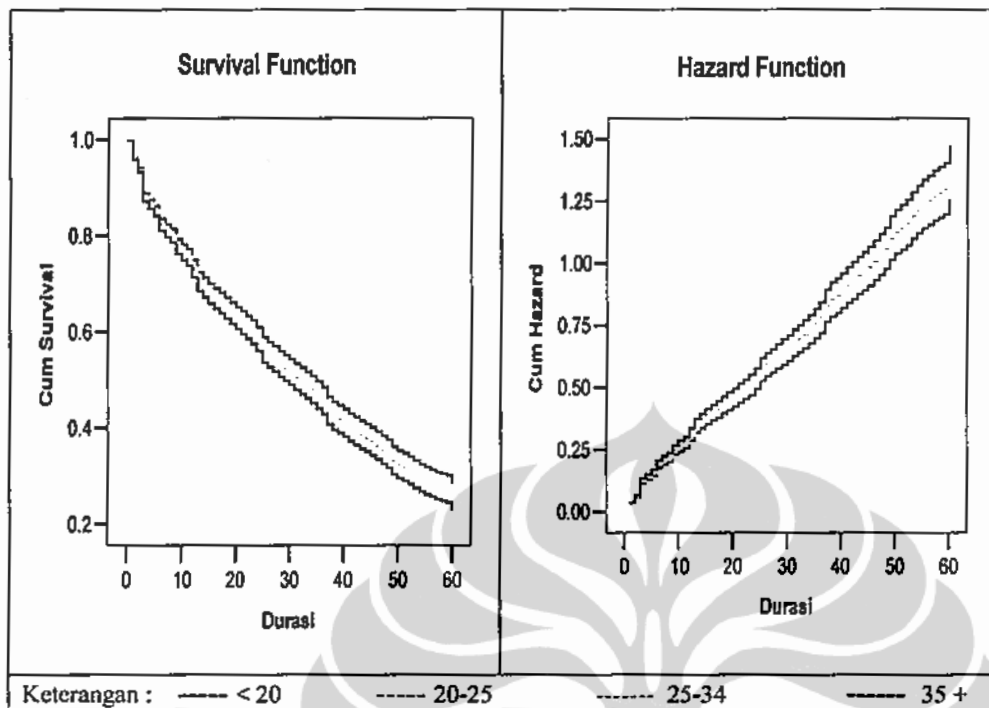
Tabel 4.8. Distribusi Episode Pakai Kontrasepsi Menurut Alasan Diskontinu, Umur Wanita dan umlah Anak Masih Hidup

Umur	AMH	Kon tinu	Diskontinu					Total	
			Kega galan kontra sepsi	Ingin hamil	Efek samping/ masalah kesehatan	Ingin metode lebih baik	Alasan lainnya	%	n
		%	%	%	%	%	%	%	
< 20	0 - 2	45,0	2,9	21,7	15,8	3,0	11,6	100,0	1846
	3 +	85,7	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	7
20-24	0 - 2	49,3	3,0	14,9	16,8	4,1	11,8	100,0	5194
	3 +	61,8	2,3	10,8	12,7	3,9	8,5	100,0	306
25-34	0 - 2	53,6	3,2	12,2	14,3	5,0	11,5	100,0	6506
	3 +	62,4	4,2	7,2	12,6	3,2	10,4	100,0	3576
35 +	0 - 2	61,1	1,7	6,4	16,2	4,4	10,1	100,0	858
	3 +	66,4	2,4	3,4	13,1	3,6	11,1	100,0	2488
Total		55,3	3,1	11,5	14,7	4,1	11,3	100,0	20781

Sumber : SDKI 2007, diolah

Kemungkinan lain yang dapat menjelaskan hasil tersebut adalah adanya kultur yang masih berkembang terutama dalam masyarakat pedesaan dimana wanita yang telah berusia 30 tahun ke atas merasa tidak perlu lagi menggunakan kontrasepsi karena menganggap dirinya sudah tidak subur lagi, sehingga mereka cenderung untuk mengabaikan pemakaian kontrasepsi meskipun sesungguhnya mereka masih memerlukan alat kontrasepsi.

Fungsi survival menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi pada wanita usia remaja bertahan lebih lama daripada pemakaian kontrasepsi pada wanita yang berumur lebih tua. Fungsi hazard (gambar 4.4) menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi oleh wanita berusia 20-24 tahun dan 25-34 tahun mempunyai risiko untuk lebih cepat putus pakai yang relatif sama jika dibandingkan dengan pemakaian kontrasepsi pada wanita usia remaja, terlihat dari berhimpitnya garis yang mewakili keduanya.



Gambar 4.4. Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Umur Saat Mulai Pakai kontrasepsi

Hasil ini tidak sejalan dengan hipotesis penelitian, hasil analisis deskriptif dan estimasi tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang hasilnya menunjukkan bahwa persentase kasus putus pakai semakin menurun dengan semakin bertambahnya umur perempuan dan tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi menurun seiring dengan semakin tua umur perempuan peserta KB. Hal ini mungkin saja terjadi karena analisis deskriptif dan analisis *life table* angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi merupakan analisis bivariat yang tidak mempertimbangkan pengaruh variabel lain. Sedangkan pada analisis multivariat dengan regresi Cox, pengaruh umur saat mulai pakai kontrasepsi telah dikontrol oleh pengaruh faktor-faktor lain.

Pengaruh jumlah anak masih hidup saat mulai pakai kontrasepsi terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

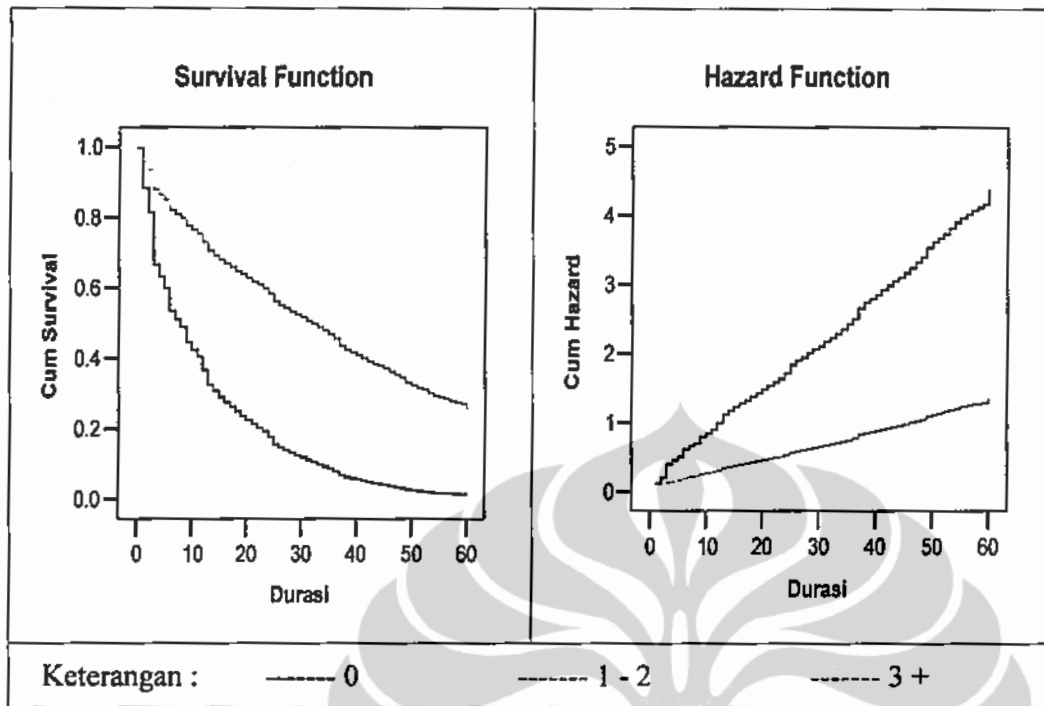
Hipotesis penelitian mengharapkan bahwa semakin banyak jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang wanita peserta KB maka semakin kecil peluang untuk berhenti menggunakan suatu metode kontrasepsi.

Pada tabel 4.7 menunjukkan hasil sesuai yang diharapkan dalam hipotesis dimana terlihat bahwa variabel jumlah anak masih hidup berpengaruh negatif signifikan secara statistik terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Semakin banyak jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang wanita, maka semakin kecil risiko untuk lebih cepat diskontinu pemakaian kontrasepsi.

Hal ini kiranya dapat dipahami karena pemakaian kontrasepsi sangat erat hubungannya dengan jumlah anak masih hidup. Wanita yang belum mempunyai anak atau belum mencapai jumlah anak yang diinginkan, memakai KB dengan tujuan menunda/menjarangkan kelahiran sehingga pemakaian kontrasepsi cenderung lebih cepat putus pakai. Sedangkan pada wanita dengan jumlah anak lebih banyak atau telah mencapai jumlah yang diinginkan, kontrasepsi dipakai untuk tujuan membatasi kelahiran sehingga pemakaian kontrasepsi mereka cenderung bertahan lebih lama.

Risiko yang untuk putus pakai kontrasepsi pada akseptor yang memiliki minimal 3 anak hidup yaitu 0,267 kali lebih lambat dibandingkan risiko putus pakai pada akseptor yang belum mempunyai anak hidup. Sedangkan risiko untuk putus pakai kontrasepsi pada akseptor dengan jumlah anak satu atau dua adalah 0,306 kali lebih lambat daripada akseptor yang belum mempunyai anak hidup.

Fungsi survival dan fungsi hazard (gambar 4.5) menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang mempunyai anak hidup lebih banyak mempunyai peluang lebih besar untuk tetap bertahan menggunakan kontrasepsi dibandingkan pemakaian kontrasepsi pada wanita dengan jumlah anak lebih sedikit. Sebaliknya risiko untuk putus pakai kontrasepsi lebih besar pada pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang mempunyai anak hidup lebih sedikit dibandingkan pemakaian kontrasepsi pada wanita dengan jumlah anak hidup lebih banyak.



Gambar 4.5. Fungsi Survival dan Fungsi Hazard Variabel Jumlah Anak Masih Hidup Saat mulai pakai kontrasepsi

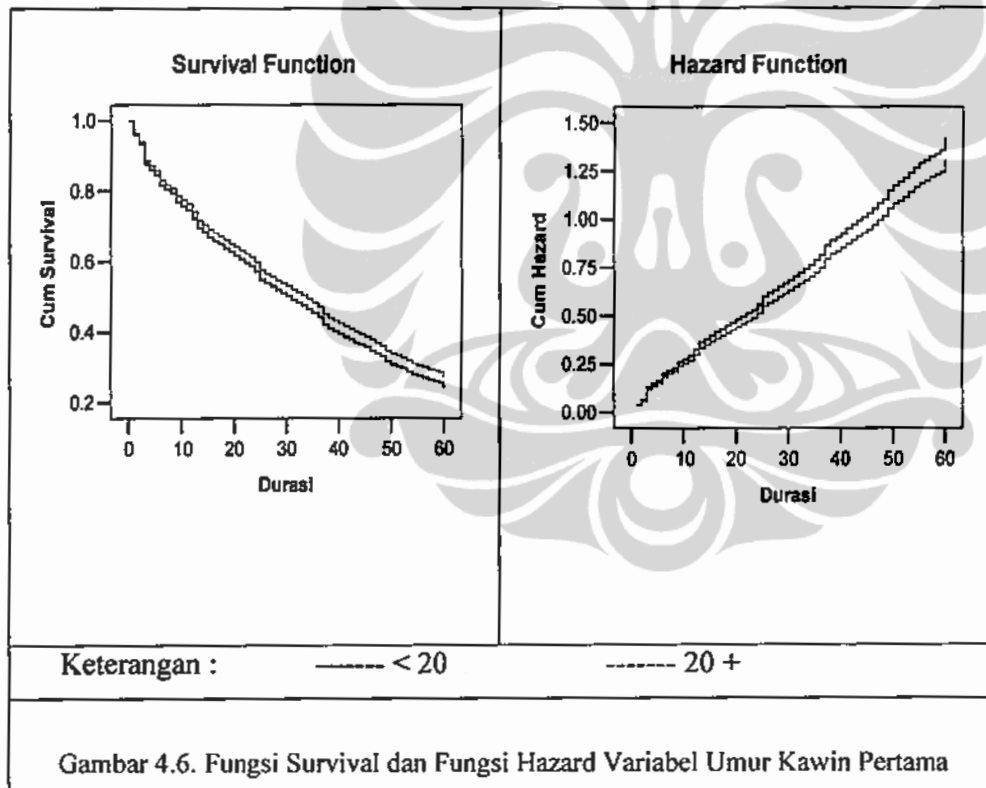
Pengaruh umur kawin pertama terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

Dalam hipotesis penelitian diduga bahwa pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang memasuki jenjang perkawinan lebih muda mempunyai peluang untuk berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi lebih tinggi daripada pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang memasuki jenjang perkawinan lebih tua.

Hasil analisis regresi Cox pada tabel 4.7 menunjukkan bahwa secara statistik variabel umur kawin pertama mempunyai pengaruh signifikan terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang ditunjukkan oleh nilai p lebih kecil dari 0,05. Pemakaian kontrasepsi oleh perempuan yang menikah pada usia remaja mempunyai risiko ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi 1,088 kali lebih cepat dibandingkan pemakaian kontrasepsi oleh perempuan yang menikah pada usia lebih tua.

Murti dan De Vos (1985) menyatakan bahwa perkawinan pada usia remaja umumnya lebih sering diatur orang tua dan sering berasosiasi dengan pendidikan rendah serta orientasi yang mengarah pada peranan domestik. Secara relatif berhubungan dengan fertilitas tinggi dan rendahnya pemakaian kontrasepsi (Rajagukguk, 1999).

Fungsi survival (gambar 4.6) menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang menikah pada usia 20 tahun atau lebih mempunyai peluang lebih besar untuk bertahan memakai kontrasepsi lebih lama. Sedangkan fungsi hazard menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang memasuki jenjang perkawinan pada usia belasan tahun cenderung lebih cepat mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi lebih cepat daripada pemakaian kontrasepsi pada wanita yang menikah pada usia 20 tahun keatas.



Pengaruh tingkat pendidikan wanita terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

Dalam hipotesis disebutkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan wanita diharapkan semakin rendah peluang untuk diskontinu pemakaian kontrasepsi. Model regresi Cox yang dihasilkan menunjukkan bahwa tingkat pendidikan wanita mempunyai pengaruh signifikan secara statistik terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi. Akan tetapi arah hubungannya tidak seperti yang diharapkan dalam hipotesis, dimana terlihat adanya hubungan positif antara variabel tingkat pendidikan wanita dengan risiko diskontinu pemakaian kontrasepsi, yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan perempuan peserta KB maka semakin besar probabilitas untuk putus pakai kontrasepsi.

Pada tabel 4.7 terlihat adanya peningkatan rasio kecenderungan seiring dengan meningkatnya pendidikan wanita peserta KB. Pemakaian kontrasepsi oleh perempuan yang berpendidikan minimal tamat SLTA mempunyai peluang putus pakai kontrasepsi 1,510 kali lebih cepat daripada peluang putus pakai wanita yang tidak berpendidikan/tidak tamat SD. Sedangkan risiko perempuan yang tamat SLTP untuk berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi lebih cepat 1,432 kali dari peluang akseptor tidak berpendidikan/tidak tamat SD.

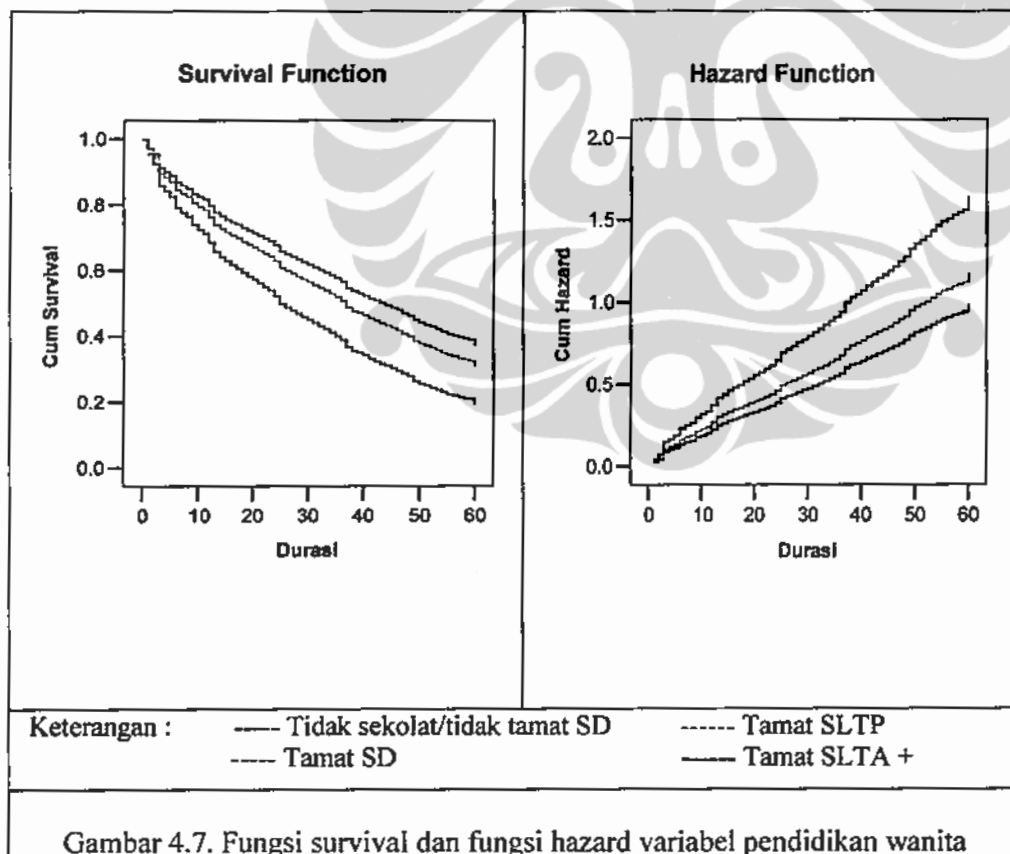
Tidak terdapat perbedaan risiko putus pakai kontrasepsi antara pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang berpendidikan SD dengan pemakaian kontrasepsi dari wanita yang tidak berpendidikan/tidak tamat SD.

Pendidikan perempuan adalah salah satu variabel penting dari pola pemakaian kontrasepsi. Pendidikan yang lebih tinggi dapat mengarahkan pada pengetahuan yang lebih baik tentang berbagai metode kontrasepsi. Pendidikan yang lebih tinggi meningkatkan kemampuan perempuan untuk lebih berperan dalam menentukan keputusan mengenai keluarga berencana, termasuk keputusan apakah akan melanjutkan atau menghentikan pemakaian kontrasepsi.

Tingginya risiko diskontinu kontrasepsi pada wanita berpendidikan lebih tinggi berkaitan dengan kecenderungan wanita yang berpendidikan lebih tinggi (SLTP/SLTA+) untuk menikah pada usia yang lebih tua, sehingga kontrasepsi dipakai untuk menjarangkan kelahiran karena pada umumnya jumlah anak yang

mereka miliki belum mencapai jumlah yang diinginkan. Disamping itu pendidikan yang lebih tinggi mengarah pada akses yang lebih luas dan pengetahuan lebih baik mengenai alat kontrasepsi sehingga mereka lebih cenderung untuk ganti cara pakai kontrasepsi mendapatkan metode KB yang paling sesuai dengan kondisi dan kebutuhan mereka. Kepedulian dan kepekaan yang tinggi pada wanita berpendidikan akan efek samping atau masalah kesehatan dari pemakaian kontrasepsi menyebabkan mereka cenderung untuk segera berhenti pakai kontrasepsi atau *switching* ke metode kontrasepsi lain yang lebih sesuai, ketika merasa tidak puas dengan suatu metode kontrasepsi.

Fungsi survival (gambar 4.7) menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi pada wanita berpendidikan rendah cenderung bertahan lebih lama dibandingkan pemakaian kontrasepsi pada wanita berpendidikan lebih tinggi. Fungsi hazard juga menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan wanita maka semakin besar peluang untuk putus pakai kontrasepsi..



Hasil ini tidak sesuai dengan hipotesis yang menduga bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan wanita peserta KB maka semakin rendah risiko putus pakai kontrasepsi. Akan tetapi analisis deskriptif dan analisis ketidaklangsungan kontrasepsi mendukung temuan ini, dimana persentase kasus putus pakai cenderung meningkat dengan semakin meningkatnya pendidikan perempuan, dan semakin tinggi tingkat pendidikan akseptor KB maka semakin rendah tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi.

Pengaruh tingkat pendidikan suami terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

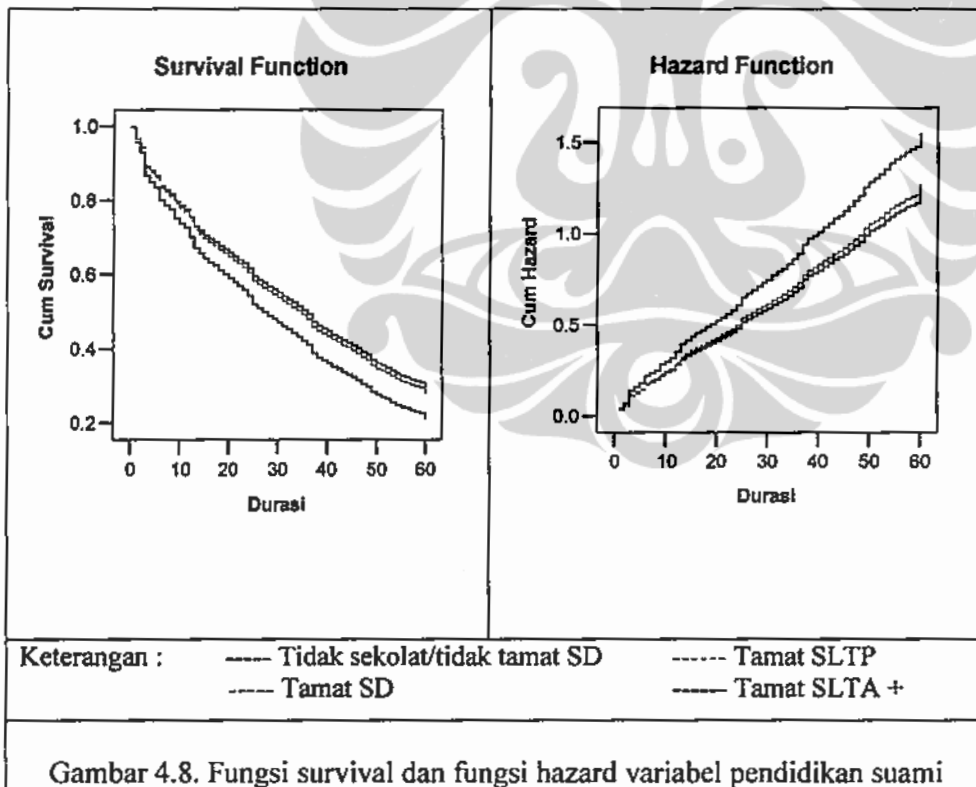
Tingkat pendidikan suami mempunyai pengaruh positif signifikan secara statistik terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Risiko untuk putus pakai kontrasepsi pada akseptor KB menurut tingkat pendidikan suaminya menunjukkan pola yang sama dengan tingkat pendidikan wanita itu sendiri, yaitu bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan suami dari wanita pemakai kontrasepsi maka semakin tinggi probabilitas untuk lebih cepat berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi.

Pola yang sama tersebut dapat terjadi karena pada umumnya seorang perempuan menikah dengan seorang laki-laki dengan tingkat pendidikan yang kurang lebih sama. Pasangan suami-istri berusia muda dan berpendidikan relatif tinggi cenderung lebih cepat putus pakai kontrasepsi untuk mendapatkan anak lagi atau ganti cara pakai kontrasepsi dengan metode yang lebih sesuai dengan kondisi dan kebutuhan mereka.

Pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang suaminya berpendidikan SLTP ke bawah tidak mempunyai perbedaan probabilitas untuk putus pakai kontrasepsi. Hal ini bisa dilihat dari nilai p pada kategori pendidikan tamat SD dan tamat SLTP lebih besar dari 0,05. Sedangkan pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang suaminya berpendidikan minimal tamat SLTA mempunyai risiko untuk mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi 1,263 kali lebih cepat daripada pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang suaminya tidak berpendidikan/tidak tamat SD.

Seperti halnya pada variabel pendidikan perempuan, maka hasil analisis inferensial mengenai pengaruh pendidikan suami terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi juga ternyata tidak sesuai dengan hipotesis, namun demikian temuan ini sesuai dengan hasil analisis deskriptif yang menyatakan bahwa persentase kasus putus pakai cenderung meningkat dengan semakin meningkatnya pendidikan suami dari akseptor KB, dan tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi semakin menurun dengan semakin tingginya tingkat pendidikan suami.

Fungsi survival (gambar 4.8) menunjukkan bahwa akseptor yang bersuamikan seseorang yang berpendidikan lebih rendah cenderung bertahan lebih lama memakai kontrasepsi dibanding perempuan yang suaminya berpendidikan lebih tinggi. Fungsi hazard menunjukkan bahwa akseptor yang suaminya berpendidikan lebih tinggi ternyata lebih cepat mengalami putus pakai kontrasepsi dibandingkan perempuan yang suaminya berpendidikan lebih rendah.



Pengaruh tingkat kesejahteraan terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

Hasil analisis regresi Cox untuk melihat pengaruh variabel tingkat kesejahteraan terhadap risiko ketidaklangsungan kontrasepsi menunjukkan hasil yang tidak sesuai dengan yang diharapkan hipotesis. Karena ternyata variabel tingkat kesejahteraan tidak mempunyai pengaruh signifikan secara statistik terhadap ketidaklangsungan kontrasepsi. Hal ini ditunjukkan oleh nilai p yang lebih besar dari tingkat kepercayaan 5 persen pada semua kategori tingkat kesejahteraan. Artinya tidak ada perbedaan risiko diskontinu kontrasepsi dari pemakaian kontrasepsi oleh wanita dari berbagai latar belakang status sosialekonomi.

Gambar 4.9. Distribusi persentase episode pakai kontrasepsi Menurut Tingkat Kesejahteraan dan Sumber Alat/Cara KB

Sumber Alat/Cara KB	Tingkat kesejahteraan			Total	
	Rendah	Menengah	Tinggi		
RS Pemerintah	0,9	1,1	1,4	1,1	
Puskesmas/Pustu	24,7	19,9	13,5	19,5	
Klinik pemerintah	0,2	0,3	0,4	0,3	
PLKB	0,9	0,9	0,6	0,8	
TKBK/TMK	1,0	0,8	0,3	0,7	
RS Swasta	0,8	1,1	2,1	1,3	
Klinik swasta	0,5	1,2	2,9	1,5	
Dokter praktek	1,0	1,4	4,2	2,3	
Bidan praktek	19,5	32,3	41,4	30,2	
Bidan di desa	30,9	22,7	11,5	22,0	
Apotek/toko obat	3,3	6,6	11,8	7,1	
Polindes	2,1	1,4	0,5	1,4	
Posyandu	3,1	2,1	0,7	2,0	
Pos KB/PPKBD	0,8	0,4	0,4	0,5	
Teman/keluarga	4,2	4,2	4,8	4,4	
Toko	2,5	1,2	0,7	1,6	
Lainnya	3,8	2,5	2,8	3,2	
Total	%	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	9017	3878	7886	20781

Sumber : SDKI 2007, diolah

Penjelasan dari hal ini mungkin dapat dilihat pada tabel 4.9 yang menunjukkan bahwa sebagian besar pemakaian kontrasepsi diperoleh dari bidan di desa, Puskesmas dan bidan praktek, baik oleh wanita dengan status sosial ekonomi rendah, menengah maupun tinggi, ini menunjukkan bahwa lemahnya kemampuan ekonomi seorang wanita tidak menjadi hambatan berarti dalam pemenuhan kebutuhan kontrasepsi, yang dapat dilihat dari besarnya akses pada berbagai sumber alat/cara KB yang tidak terlalu bervariasi antar status sosial ekonomi. Masyarakat miskin tetap dapat memperoleh kontrasepsi baik melalui sumber swasta (khususnya bidan praktek dan bidan di desa), sumber pemerintah (Puskesmas) maupun sumber lainnya dengan dengan biaya yang terjangkau. Sehingga dapat dipahami jika hasil analisis regresi Cox menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan risiko untuk diskontinu pemakaian kontrasepsi yang disebabkan perbedaan tingkat kesejahteraan wanita peserta KB.

Pengaruh daerah tempat tinggal terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.

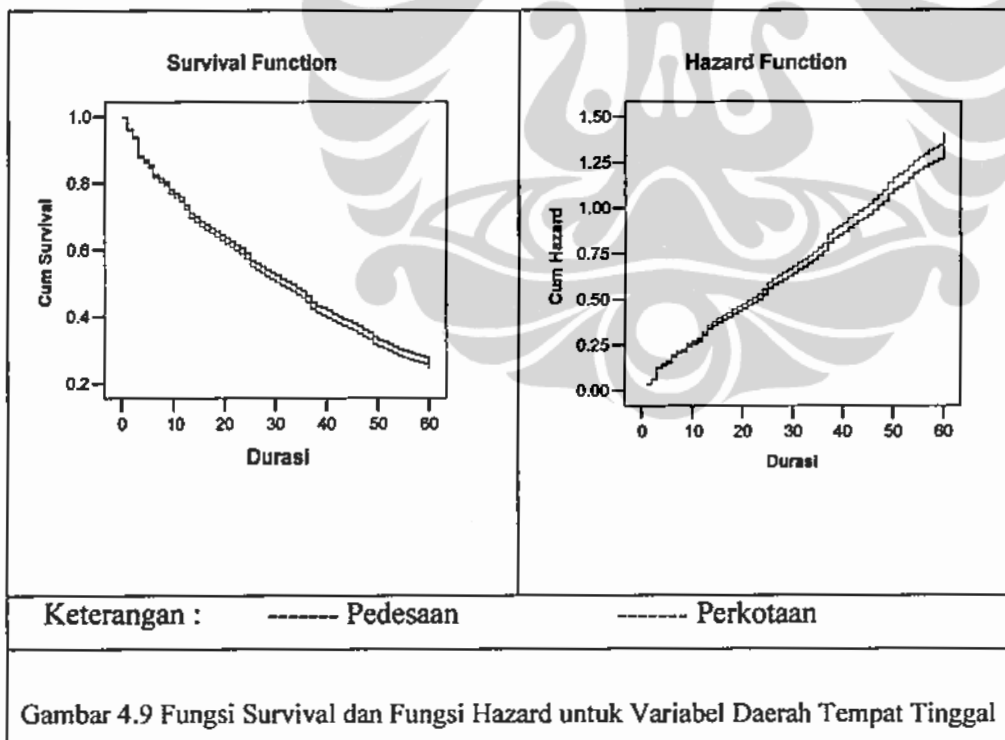
Kemudahan akses ke fasilitas pelayanan KB dan keterpaparan informasi KB yang lebih banyak diterima akseptor KB yang tinggal di wilayah perkotaan menjadi dasar ditetapkannya hipotesis penelitian bahwa pemakaian KB dari perempuan yang bertempat tinggal di perkotaan diharapkan mempunyai risiko putus pakai kontrasepsi lebih rendah dibanding perempuan yang tinggal di pedesaan.

Secara statistik variabel daerah tempat tinggal berpengaruh signifikan terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Akan tetapi hasil analisis regresi Cox ternyata menunjukkan hasil yang berlawanan dengan hipotesis penelitian, dimana pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang tinggal di perkotaan mempunyai peluang untuk mengalami putus pakai kontrasepsi 1,06 kali lebih cepat dibandingkan dengan wanita yang tinggal di pedesaan.

Hasil ini tidak sejalan dengan hipotesis penelitian yang menyebutkan bahwa pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang tinggal di pedesaan cenderung untuk lebih cepat diskontinu daripada pemakaian kontrasepsi oleh wanita di

perkotaan. Penjelasan dari hal ini adalah karena proporsi kasus diskontinu di perkotaan lebih banyak disumbangkan oleh akseptor KB berpendidikan pendidikan lebih tinggi yang mempunyai ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih tinggi (seperti ditunjukkan pada tabel 4.4). Selain itu kemudahan akses pada berbagai pilihan metode kontrasepsi dan fasilitas pelayanan KB di wilayah perkotaan menyebabkan akseptor KB lebih mudah untuk ganti cara pakai dengan metode kontrasepsi lainnya. Kemungkinan lain adalah bahwa pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang tinggal di pedesaan lebih banyak bersumber dari sumber lainnya (Polindes, Posyandu, Pos KB/PPKBD dan lainnya) yang mempunyai risiko ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih rendah.

Fungsi hazard (gambar 4.9) menunjukkan bahwa akseptor di perkotaan mempunyai peluang lebih besar untuk lebih cepat putus pakai kontrasepsi dibandingkan wanita di pedesaan. Sebaliknya fungsi survival menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi dari wanita yang tinggal di pedesaan berpeluang lebih besar untuk bertahan lebih lama menggunakan kontrasepsi.



BAB V KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

5.1. Kesimpulan

Sebagian besar hasil penelitian ini sesuai dengan hipotesis penelitian dan menunjang hasil penelitian-penelitian sebelumnya, akan tetapi beberapa hasil penelitian tidak sesuai seperti yang diharapkan dalam hipotesis penelitian. Secara ringkas hasil atau temuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Sekitar 44,7 persen episode pakai kontrasepsi non sterilisasi pada periode 3-62 bulan sebelum wawancara merupakan kasus putus pakai (diskontinu) kontrasepsi. Sedangkan 55,3 persen episode pakai kontrasepsi non sterilisasi pada periode 3-62 bulan sebelum wawancara merupakan episode pemakaian kontrasepsi yang masih terus berlangsung hingga akhir pengamatan.
2. Persentase kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi terbesar adalah pemakaian kontrasepsi pada wanita dengan karakteristik :
 - Memperoleh pelayanan dari sumber swasta
 - Menggunakan metode kontrasepsi pil KB
 - Memakai KB dengan tujuan menunda kelahiran
 - Berusia kurang dari 20 tahun
 - Usia kawin pertama 20 tahun ke atas
 - Belum memiliki anak hidup
 - Berpendidikan minimal tamat SLTA
 - Mempunyai status sosialekonomi tinggi
 - Tinggal di pedesaan
3. Proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi di perkotaan lebih tinggi (47,6 persen) daripada kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi di pedesaan (42,6 persen). Proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi pada wanita yang tidak berpendidikan/tidak tamat SD lebih tinggi di pedesaan daripada di perkotaan, sedangkan proporsi kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi

pada wanita yang berpendidikan lebih tinggi di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan.

4. Diskontinu pemakaian kontrasepsi karena alasan efek samping dan masalah kesehatan mempunyai proporsi diskontinu terbesar (14,7 persen) dibandingkan proporsi diskontinu dengan alasan lainnya. Kasus diskontinu karena efek samping dan masalah kesehatan banyak dilaporkan oleh wanita peserta KB yang berpendidikan dan berstatus sosioekonomi lebih tinggi yang menggunakan alat/cara KB suntik atau pil dan memperoleh kontrasepsi dari sumber swasta.
5. Karakteristik perempuan peserta KB yang mempunyai angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih tinggi adalah :
 - Menggunakan metode kontrasepsi pil dan metode modern lain
 - Memperoleh kontrasepsi dari sumber swasta
 - Berusia lebih muda
 - Memiliki jumlah anak masih hidup lebih sedikit
 - Umur kawin pertama 20 tahun atau lebih
 - Memakai KB dengan tujuan menunda kelahiran
 - Berpendidikan lebih tinggi
 - Mempunyai tingkat kesejahteraan tinggi
 - Tinggal di perkotaan
5. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi adalah metode kontrasepsi yang digunakan, jumlah anak masih hidup, tujuan pemakaian kontrasepsi, tingkat pendidikan wanita, sumber pelayanan alat/cara KB, umur saat mulai menggunakan kontrasepsi, umur kawin pertama dan daerah tempat tinggal. Sedangkan tingkat kesejahteraan tidak mempunyai pengaruh signifikan secara statistik terhadap ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.
6. Pengaruh sumber alat/cara KB dan faktor lainnya terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi adalah sebagai berikut :
 - a. Pemakaian kontrasepsi yang berasal dari sumber swasta dan pemerintah berpeluang lebih besar untuk mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi lebih cepat daripada pemakaian kontrasepsi yang berasal dari

sumber lainnya. Hal ini mungkin disebabkan karena sumber lainnya pada umumnya relatif lebih dekat jaraknya dengan tempat tinggal akseptor. Selain itu kedekatan dengan petugas KB yang bertugas di tempat pelayanan dan biaya pelayanan kontrasepsi yang lebih murah, mungkin menjadi penyebab mengapa akseptor KB yang memperoleh pelayanan KB dari sumber lainnya lebih terjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsinya. Akan tetapi dimungkinkan pula kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang lebih lama dari pemakaian kontrasepsi dari sumber lainnya disebabkan keterbatasan metode kontrasepsi dan pelayanan KB yang tersedia pada sumber lainnya (Polindes, Posyandu, Pos KB/PPKBD) sehingga akseptor KB tidak mempunyai banyak pilihan selain melanjutkan pemakaian kontrasepsinya.

- b. Pemakaian metode kontrasepsi efektif jangka panjang (IUD dan implan) mempunyai risiko lebih kecil untuk berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi dibandingkan penggunaan metode kontrasepsi jangka pendek dan tradisional/lainnya. Hal ini tidaklah mengherankan karena kedua metode tersebut telah terbukti mempunyai efektifitas tinggi dalam jangka panjang. Akan tetapi temuan yang menarik adalah bahwa pemakaian metode kontrasepsi pil KB dan metode modern lain yang diketahui mempunyai efektifitas lebih tinggi daripada metode tradisional/lainnya justru mempunyai risiko putus pakai kontrasepsi lebih cepat dibandingkan pemakaian metode tradisional. Hal ini mungkin terjadi karena pemakaian pil KB sering dilaporkan menimbulkan efek samping dan masalah kesehatan bagi pemakainya, sedangkan pemakaian metode modern lain (seperti kondom) sering dilaporkan menimbulkan ketidaknyamanan saat menggunakannya. Sementara pemakaian metode tradisional meskipun mengandung risiko kegagalan tinggi, tetapi pemakaian metode tradisional relatif tidak menimbulkan efek samping dan masalah kesehatan seperti jika menggunakan KB modern.
- c. Pemakaian kontrasepsi untuk tujuan menunda kelahiran mempunyai risiko lebih besar untuk mengalami ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi

- lebih cepat daripada pemakaian kontrasepsi dengan tujuan membatasi kelahiran
- d. Semakin tua umur akseptor saat mulai pakai kontrasepsi maka semakin berisiko untuk lebih cepat mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi. Hal ini disebabkan karena diskontinu pemakaian kontrasepsi pada akseptor yang berusia lebih tua lebih banyak terjadi pada mereka yang mempunyai paritas rendah (0-2 anak), sehingga meskipun usia mereka lebih tua tetapi pemakaian kontrasepsi mereka bertujuan menunda kelahiran dan cenderung belum mantap karena masih menginginkan anak lagi.
 - e. Semakin banyak jumlah anak masih hidup yang dimiliki seorang akseptor pada saat mulai pakai kontrasepsi maka semakin kecil peluang untuk berhenti/ganti cara pakai kontrasepsi.
 - f. Pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang memasuki perkawinan pada usia kurang dari 20 tahun mempunyai risiko putus pakai kontrasepsi lebih tinggi daripada pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang memasuki perkawinan pada usia 20 tahun atau lebih.
 - g. Semakin tinggi pendidikan seorang wanita dan pasangannya maka semakin singkat kelangsungan pemakaian kontrasepsinya. Penjelasan dari hal ini adalah bahwa wanita yang berpendidikan lebih tinggi memasuki jenjang perkawinan pada usia yang lebih tua dan umumnya mempunyai anak lebih sedikit, sehingga pemakaian kontrasepsi mereka bertujuan untuk menunda atau menjarangkan kelahiran. Selain itu pengetahuan kontrasepsi yang lebih baik dan kepekaan yang lebih tinggi terhadap efek samping dan masalah kesehatan yang ditimbulkan oleh pemakaian suatu metode kontrasepsi pada akseptor berpendidikan tinggi menyebabkan mereka dapat dengan mudah *switch* ke metode kontrasepsi lainnya jika merasa tidak puas dengan suatu metode kontrasepsi.
 - h. Pemakaian kontrasepsi oleh wanita yang tinggal di wilayah perkotaan berisiko lebih besar untuk mempunyai kelangsungan pemakaian kontrasepsi lebih pendek. Hal ini disebabkan karena akseptor KB di perkotaan mempunyai pendidikan lebih tinggi sehingga kelangsungan pemakaian kontrasepsi di perkotaan lebih singkat. Selain itu kemudahan

akses berbagai pilihan metode kontrasepsi dan fasilitas pelayanan KB di wilayah perkotaan menyebabkan akseptor KB lebih mudah untuk ganti cara pakai dengan metode kontrasepsi lainnya

7. Pemakaian kontrasepsi berpeluang lebih besar untuk mengalami ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi lebih cepat adalah pemakaian kontrasepsi pada wanita dengan karakteristik :
 - Menggunakan kontrasepsi pil KB dan metode modern lain
 - Memperoleh kontrasepsi dari sumber pemerintah atau sumber swasta
 - Berusia lebih tua
 - Mempunyai jumlah anak masih hidup lebih banyak
 - Menikah pada usia muda
 - Memakai kontrasepsi dengan tujuan untuk menunda kelahiran
 - Tingkat pendidikan pasangan suami istri yang relatif tinggi
 - Tinggal di perkotaan

5.2. Implikasi kebijakan

1. Ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi yang rendah merupakan hasil dari peningkatan kualitas pelayanan KB, yang dapat ditingkatkan melalui pengembangan kebijakan dan pelaksanaan program di tingkat lapangan seperti advokasi, KIE dan pelatihan, yang disinyalir melemah pada era desentralisasi program KB. Untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara pemerintah pusat dan pemerintah kabupaten untuk meningkatkan komitmen mengenai pentingnya program KB untuk investasi modal manusia, meningkatkan dukungan dana, sarana dan prasarana serta tenaga/staf, bagi pelaksanaan program KB yang mulai mengendur sejak desentralisasi program KB digulirkan.
2. Rendahnya tingkat ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dan risiko untuk diskontinu dari pemakaian kontrasepsi yang dilayani di sumber lainnya mengindikasikan bahwa perlu adanya peningkatan kualitas pelayanan KB pada sumber lainnya (seperti Polindes, Posyandu dan Pos KB/PPKBD) melalui :

- perluasan jangkauan pelayanan KB dari sumber lainnya hingga jauh ke pelosok desa dan daerah sulit,
- ketersediaan pilihan metode kontrasepsi yang lebih beragam, sehingga akseptor KB yang tidak puas dengan suatu metode kontrasepsi dapat segera mengganti dengan metode lain yang lebih sesuai dengan kondisi tubuh dan kebutuhannya,
- peningkatan kualitas tenaga kesehatan, sarana dan prasarana pendukung. Bidan di desa yang bertugas di Polindes sebagian besar sudah dilatih untuk pemasangan dan pencabutan IUD dan implant. Hasil analisis yang menunjukkan bahwa pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang dan pemakaian kontrasepsi yang diperoleh dari sumber lainnya, mengindikasikan bahwa bidan di desa (Polindes) telah mampu memberikan pelayanan yang berkualitas untuk berbagai metode kontrasepsi bahkan IUD dan implan. Untuk itu selain terus melengkapi sarana dan peralatan pendukung pelayanan kontrasepsi di sumber lainnya, yang sejauh ini diketahui masih belum memadai, perlu ditingkatkan kuantitas dan kualitas bidan di desa dan tenaga medis lainnya yang terlatih dalam memberikan pelayanan berbagai metode kontrasepsi termasuk IUD dan implan.
- biaya untuk memperoleh kontrasepsi yang lebih murah atau bahkan gratis bagi kelompok wanita ekonomi lemah dengan tetap mengedepankan hak-hak reproduksi mereka..

Dengan demikian akseptor atau calon akseptor dapat lebih mudah mengakses berbagai metode kontrasepsi di sumber alat/cara KB lainnya yang relatif lebih dekat dengan tempat tinggal mereka dan dengan biaya terjangkau sehingga pada gilirannya akan menurunkan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi.

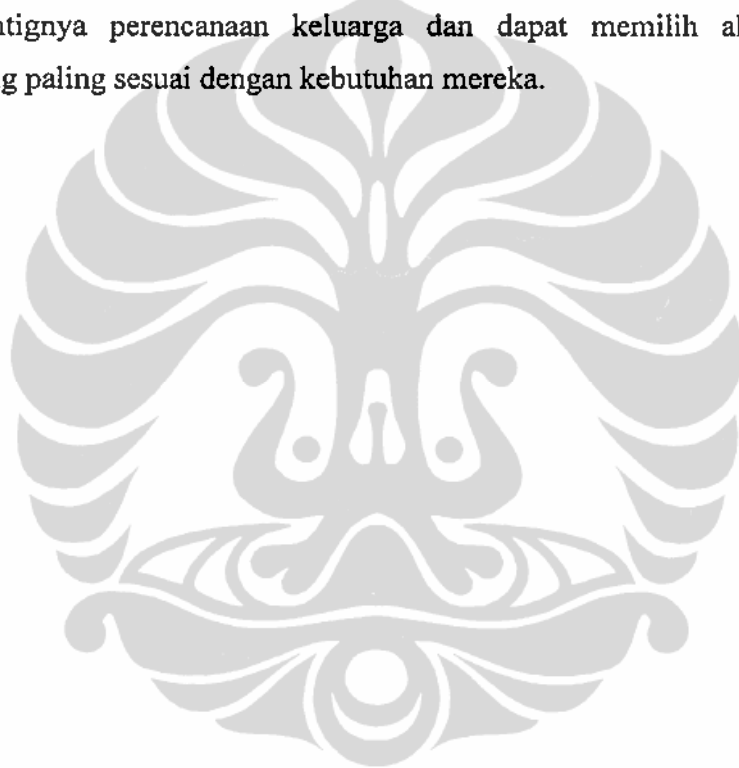
3. Rendahnya angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi dan rendahnya risiko diskontinu pada pemakaian metode kontrasepsi modern jangka panjang (IUD dan susuk KB) mencerminkan efektifitas tinggi dari kedua metode tersebut. Akan tetapi data SDKI menunjukkan adanya kecenderungan pemakaian kedua metode tersebut semakin menurun dari

waktu ke waktu. Untuk itu diperlukan peningkatan promosi dan KIE pemakaian IUD dan implan melalui berbagai media informasi, disamping perlunya peningkatan tenaga dan fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan untuk kedua metode tersebut.

4. Selain itu pemakaian metode kontrasepsi modern jangka panjang (sterilisasi, IUD dan implan) telah diketahui mempunyai konsekuensi dikenakan biaya yang tinggi, yang dapat menyebabkan akseptor KB lebih memilih untuk menggunakan metode KB lain dengan biaya yang lebih murah. Untuk itu pemerintah diharapkan mampu menyediakan pelayanan pemakaian modern jangka panjang dengan harga yang lebih terjangkau atau bahkan gratis di kalangan penduduk kurang mampu. Pemasangan alat kontrasepsi secara massal masih relevan untuk dilaksanakan, dengan tetap menjaga kualitas pelayanan KB dan mengedepankan hak-hak reproduksi akseptor.
5. Tingginya jumlah kasus diskontinu pemakaian kontrasepsi yang disebabkan efek samping dan masalah kesehatan menunjukkan bahwa diperlukan adanya jaminan perlindungan kesehatan bagi akseptor KB khususnya untuk penanganan efek samping dan masalah kesehatan yang timbul karena penggunaan kontrasepsi. Karena tingkat pendidikan akseptor KB semakin meningkat, pengetahuan dan kepekaan mengenai efek samping dan masalah kesehatan dari alat/cara KB juga tinggi, jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat dapat meningkatkan ketidaklangsungan dan menurunkan pemakaian kontrasepsi.
6. Data SDKI menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil akseptor yang diberikan informasi mengenai pilihan alat kontrasepsi yang dapat digunakan, kemungkinan efek samping dan bagaimana mengatasinya. Informasi lengkap mengenai suatu metode kontrasepsi harus diberikan kepada akseptor sebelum menggunakan suatu metode kontrasepsi, sehingga diharapkan pemakai KB merasa lebih mantap terhadap alat/cara KB yang digunakannya sehingga pemakaian kontrasepsi berlangsung lebih lama.

7. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi yang bersumber dari swasta dan pemerintah mempunyai tingkat ketidaklangsungan dan risiko putus pakai yang lebih tinggi daripada pemakaian kontrasepsi yang berasal dari sumber lainnya, hal ini menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pelayanan KB secara keseluruhan pada sumber pelayanan swasta dan pemerintah sangat diperlukan mengingat sebagian besar akseptor KB memperoleh pelayanan KB melalui kedua sumber pelayanan tersebut yang pada umumnya terintegrasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan. Kesempatan untuk menyebarluaskan informasi dan berdiskusi tentang KB pada wanita yang mengunjungi fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kesehatan ibu dan anak yang menurut data SDKI selama ini kurang dimanfaatkan, hendaknya dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya. Informasi lengkap mengenai metode kontrasepsi akan mempengaruhi keputusan untuk melanjutkan atau menghentikan pemakaian kontrasepsinya.
8. Dengan kebijakan memasukkan materi KIE mengenai program keluarga berencana dalam kurikulum pendidikan menengah ke atas, diharapkan dapat menanamkan kesadaran berKB sejak dini pada generasi yang akan datang.
9. Penyediaan pelayanan kontrasepsi yang murah atau gratis bagi penduduk harus tetap dilakukan dan diupayakan untuk lebih tepat sasaran, sehingga masyarakat dengan status sosial ekonomi lemah tetap dapat memenuhi kebutuhan kontrasepsi dan menjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsinya tanpa harus terhalang kendala ekonomi.
10. Dirasakan perlu adanya program-program yang terkait dengan KB yang lebih berorientasi ke pedesaan, dengan melibatkan masyarakat dalam program KB seperti yang pernah dilakukan di masa lalu, seperti bidan di desa, kader-kader Posyandu, kader-kader PKK, PLKB, yang lebih mendekatkan pelayanan kontrasepsi dan KIE KB kepada pengguna, sehingga masyarakat yang tinggal di pedesaan atau daerah sulit dapat dengan mudah mengakses kontrasepsi yang pada gilirannya akan menurunkan risiko ketidaklangsungan kontrasepsi

11. Kemudahan akses pelayanan KB di perkotaan harus diimbangi dengan peningkatan kualitas pelayanan KB baik sebelum pemasangan/pemakaian.kontrasepsi maupun pasca pelayanan. Mensosialisasikan pentingnya memeriksakan kesehatan secara berkala bagi akseptor KB untuk mencegah terjadinya efek samping dan masalah kesehatan. Sosialisasi mengenai penggunaan metode kontrasepsi modern jangka panjang melalui berbagai media.
12. Pemberian KIE mengenai KB dan metode kontrasepsi kepada pasangan yang akan melangsungkan pernikahan. Sehingga pasangan muda segera menyadari pentingnya perencanaan keluarga dan dapat memilih alat kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka.



DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo, Sri Murtiningsih, 1997, *Quality of Care in Family Planning Services: Indonesia Family Life Survey 1993*, dalam *Journal of Population*, Vol.3, NO. 3, 1997
- Adioetomo, Sri Murtiningsih, 2005, *Bonus Demografi Menjelaskan Hubungan Antara Pertumbuhan Ekonomi*, disampaikan pada Upacara Pengukuhan Jabatan Guru Besar Tetap dalam Bidang Ekonomi Kependudukan pada Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Jakarta 30 April 2005
- Ali, M.M. dan J.Cleland, 1995, *Contraceptive Discontinuation in Six Developing Countries: A Cause-Specific Analysis* dalam *International Family Planning Perspectives* 21(3):92-97.
- Arifin, Evi Nurvidya, 2002, *Factors Associated with Contraceptive Discontinuation in Bali, Indonesia: A Multilevel Discrete-time Competing Risks Hazard Model*, Asian Meta Centre Research Paper Series No.15, Asia Research Institute, Singapore
- Aryoso, Sumarjati, 2005, *Rencana Strategis Program KB Nasional Tahun 2005-2009*, disampaikan dalam seminar Implikasi Proyeksi Penduduk 2000-2025 Terhadap Kebijakan Kependudukan dan Keluarga Berencana, BKKBN, 2005
- Blanc, Ann K, S. Curtis, dan T. Croft, (1999), *Does Contraceptive Discontinuation Matter? Quality of Care and Fertility Consequences*, MEASURE Evaluation Technical Report, No.3, November 1999
- Bruce, Judith, 1989, *Fundamental Element of the Quality of Care: A Simple Framework*, New York : The Population Council
- BPS, BKKBN, Departemen Kesehatan, dan Macro International Inc, 2008, *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*, Macro International Inc, Calverton, Maryland.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan United Nations Population Fund (UNFPA), n.d., *Keluarga Berencana Prasyarat Pembangunan Sumber Daya Manusia dan Ekonomi*
- Badan Pusat Statistik, 2008, *Indeks Pembangunan Manusia 2006-2007*, Jakarta
- BAPPENAS, 2008, *Evaluasi Tiga Tahun Pelaksanaan RPJMN 2004-2009, Bersama Menata Perubahan*, Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional, BAPPENAS, 2008

- BKKBN dan LDFEUI, 1994, *Penelitian Tingkat Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi Pil dan Suntikan di Propinsi Jawa Barat dan Kalimantan Selatan*, kerjasama BKKBN dengan LDFEUI, 1994
- BKKBN dan UNFPA, n.d, *Keluarga Berencana Prasyarat Pembangunan Sumber Daya Manusia dan Ekonomi*.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Badan Pusat Statistik (BPS) dan United Nation Population Fund (UNFPA), 2005, *Proyeksi Penduduk Indonesia 2000-2025*, Jakarta, 2005
- Curtis, S. L. dan Blanc, A.K (1997) *Determinant of Contraceptive Failure, Switching and Discontinuation: An Analysis of DHS Contraceptive Histories*. DHS Analytical Report No.6, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Collet, D. (1994). *Modelling Survival Data in Medical Research*. 3th ed. London Glasgow-Weinheim-Newyork-Tokyo-Melbourne-Madrass: Chapman and Hall.
- Cox, D. R & Oakes, D. (1984). *Analysis of Survival Data*. London : Champman and Hall.
- Fathonah, Siti, 1996, *Contraceptive Use Dynamics in Indonesia*, Journal of Population vol.3 no.2, 1997
- Fathonah, Siti, 2000, *Pattern of Contraceptive Use in Indonesia*, BKKBN, Macro International Inc, Calverton, Maryland, USA
- Hamill, David et al, 1990, *Determinants of Contraceptive Switching Behavior in Rural Sri Lanka*, dalam *Demography*, Vol.27 No.4 November 1990
- Jain, Anrudh K (1989), *Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services*, *Studies in Family Planning* Vol.22 No.1, 1989
- Laing, John E, 1985, *Continuation and Effectiveness of Contraceptive Practice: A Cross-Sectional Approach*, *Studies in Family Planning* Vol.16 No.3, 1985, pp.138-153
- Miller, R. 1998, *Survival Analysis* John Willey and Sons. Inc, New York, 1998
- Muhidin, Salahudin, 2003, *Program Keluarga Berencana dan Perubahan Demografi di Indonesia dalam Warta Demografi* Tahun 33, No.1, 2003
- Nachrowi, D.N., dan Hardius Usman, 2002, *Penggunaan Teknik Ekonometri*, PT. Rajagrafindo Persada, Jakarta, 2002.

- Pachauri, Saroj, dan K.G. Santya, 2002, *Reproductive Choices for Asian Adolescents: A Focus on Contraceptive Behavior* dalam *International Family Planning Perspectives* Vol. 28, No 4, Desember 2002
- Prihyugiarto, T.Y. dan Mudjiyanto, 2004, *Pola Pemakaian Kontrasepsi: Analisis Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi di Indonesia*, a Pusat Penelitian dan Pengembangan KB dan Kesehatan Reproduksi, BKKBN, Jakarta, 2004
- Rajagukguk, Omas Bulan, 1997, *Analysis of Contraceptive Switching in Indonesia* dalam *Journal of Population*, vol.3, no.2, 1997
- Rajagukguk, Wilson, 1999, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penggantian metode kontrasepsi (Analisis Data SDKI 1994)*, Tesis S2 Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Universitas Indonesia
- Rajagukguk, Omas Bulan, 2004, *Kontribusi Prevalensi KB Dalam Penurunan Tingkat Kelahiran dan Implikasinya di Era Otonomi Daerah*, *Warta Demografi* No,2, 2004
- Ross, John. (2004). *Understanding the Demographic Dividend*. The Policy Project, Futures Group. Washington : Mimeograph.
- Steele, Fiona dan Ian Diamond, 1999, *Contraceptive Switching in Bangladesh* dalam *Studies in Family Planning*, Vol. 30, No.4, 1999
- Steele, Fiona, Siân L. Curtis, and Minja Choe. 1999. *The Impact of Family Planning Service Provision on Contraceptive Use Dynamics in Morocco* dalam *Studies in Family Planning*, Vol. 30, No.1, 1999
- Steele, Fiona dan Sian Curtis, 2003, *Appropriate Methods for Analyzing the Effect of Method Choice on Contraceptive Discontinuation* dalam *Demography*, Vol. 40, No. 1, Februari, 2003.
- Steele, Fiona, n.d, *Selection Effect in an Analysis of Contraceptive iscontinuation in Morocco : An Application of a Multiprocess Multilevel Model*, Departement of Mathematical Sciences, University of London.
- Schoemaker, Juan, 2005, *Contrceptive Use Among Poor in Indonesia* dalam *International Family Planning Perspectives* Volume 31, No.3, September 2005
- Suyono, Haryono, 2008, *Indonesia Terancam Ledakan Bom*, disampaikan dalam seminar *Demographic Outlook: Indonesia 2009 and 2015*, 18 Desember 2008, Jakarta.
- Waloejo, et.al, 1991, *Penelitian Kelangsungan Pemakaian Alat Kontrasepsi di Sepuluh Propinsi*, Laporan Penelitian, BKKBN, 1991

Wiyono, Nurhadi dan Dwini Handayani, 2004, *Analisis Kelangsungan Pemakaian Alat Kontrasepsi*, Laporan seri hasil analisis lanjut data SM-PFA 2002/2003, BKKBN, Jakarta, 2004



Lampiran

Output SPSS Model Regresi Cox

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event(a)	9296	44,7%
	Censored	11485	55,3%
	Total	20781	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	,0%
	Cases with negative time	0	,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	,0%
	Total	0	,0%
Total		20781	100,0%

a. Dependent Variable: Durasi

Categorical Variable Codings(b,c,d,e,f,g,h,i,j,k)

		Frequency	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Metode1(a)	1=IUD	658	1	0	0	0	0
	2=Susuk KB	852	0	1	0	0	0
	3=Suntikan	11268	0	0	1	0	0
	4=Pil	5967	0	0	0	1	0
	5=Modern lainnya	542	0	0	0	0	1
	6=Tradisional/lainnya	1494	0	0	0	0	0
Sumber1(a)	1=Swasta	13396	1	0			
	2=Pemerintah	4656	0	1			
	3=Sumber lainnya	2729	0	0			
Umur1(a)	1=< 20	1853	0	0	0		
	2=20 - 24	5500	1	0	0		
	3=25 - 34	10082	0	1	0		
	4=35 +	3346	0	0	1		
Tujuan_berKB(a)	1=Spacing	12659	0				
	2=Limiting	8122	1				
UKP(a)	1=< 20	10889	1				
	2=20 +	9892	0				
Didik_WPK(a)	1=Tidak sekolah	571	0	0	0		
	2=SD	7616	1	0	0		
	3=SLTP	10890	0	1	0		
	4=SLTA +	1704	0	0	1		
Didik_suami(a)	1=Tidak sekolah	499	0	0	0		
	2=SD	7195	1	0	0		
	3=SLTP	11065	0	1	0		
	4=SLTA +	2022	0	0	1		
Wealth1(a)	1=Rendah	9017	0	0			
	2=Menengah	3878	1	0			
	3=Tinggi	7886	0	1			
DTT(a)	1=Pedesaan	12037	0				
	2=Perkotaan	8744	1				
AMH2(a)	1=0	680	0	0			
	2=1 - 2	13724	1	0			
	3=3 +	6377	0	1			

- a Indicator Parameter Coding
b Category variable: Metode1 (Metode Kontrasepsi)
c Category variable: Sumber1 (Sumber pelayanan alat/cara KB)
d Category variable: Umur1 (Umur saat awal segmen)
e Category variable: Tujuan_berKB (Tujuan pemakaian kontrasepsi)
f Category variable: UKP (Umur kawin pertama)
g Category variable: Didik_WPK (Tingkat pendidikan tertinggi WPK)
h Category variable: Didik_suami (Tingkat pendidikan tertinggi suami)
i Category variable: Wealth1 (Tingkat kesejahteraan)
j Category variable: DTT (Daerah tempat tinggal)
k Category variable: AMH2

Omnibus Tests of Model Coefficients(a,b)

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
169940,175	2790,009	23	,000	2358,140	23	,000	2358,140	23	,000

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 172298,316

b Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sumber1			11,334	2	,003	
Sumber1(1)	,121	,039	9,710	1	,002	1,129
Sumber1(2)	,139	,043	10,572	1	,001	1,149
Metode1			676,977	5	,000	
Metode1(1)	-1,004	,092	120,039	1	,000	,366
Metode1(2)	-,885	,087	103,957	1	,000	,413
Metode1(3)	-,195	,051	14,793	1	,000	,823
Metode1(4)	,257	,050	26,827	1	,000	1,293
Metode1(5)	,172	,077	4,945	1	,026	1,188
Tujuan_berKB	-,525	,027	388,977	1	,000	,592
Umur1			16,827	3	,001	
Umur1(1)	,109	,040	7,498	1	,006	1,115
Umur1(2)	,126	,043	8,754	1	,003	1,135
Umur1(3)	,227	,056	16,611	1	,000	1,255
AMH2			659,097	2	,000	
AMH2(1)	-1,184	,047	638,306	1	,000	,306
AMH2(2)	-1,321	,056	562,739	1	,000	,267
UKP	,084	,025	11,307	1	,001	1,088
Didik_WPK			74,607	3	,000	
Didik_WPK(1)	,145	,081	3,237	1	,072	1,156
Didik_WPK(2)	,359	,082	19,007	1	,000	1,432
Didik_WPK(3)	,412	,092	19,851	1	,000	1,510
Didik_suami			21,567	3	,000	
Didik_suami(1)	,038	,083	,207	1	,649	1,038
Didik_suami(2)	,133	,084	2,515	1	,113	1,142
Didik_suami(3)	,234	,092	6,460	1	,011	1,263
Wealth1			,049	2	,976	
Wealth1(1)	,007	,030	,047	1	,829	1,007
Wealth1(2)	,004	,030	,022	1	,883	1,004
DTT	,059	,025	5,562	1	,018	1,060

Covariate Means and Pattern Values

	Mean	Pattern			
		1	2	3	4
Sumber1(1)	,645	,645	,645	,645	,645
Sumber1(2)	,224	,224	,224	,224	,224
Metode1(1)	,032	,032	,032	,032	,032
Metode1(2)	,041	,041	,041	,041	,041
Metode1(3)	,542	,542	,542	,542	,542
Metode1(4)	,287	,287	,287	,287	,287
Metode1(5)	,026	,026	,026	,026	,026
Tujuan_berKB	,391	,391	,391	,391	,391
Umur1(1)	,265	,265	,265	,265	,265
Umur1(2)	,485	,485	,485	,485	,485
Umur1(3)	,161	,161	,161	,161	,161
AMH2(1)	,660	,660	,660	,660	,660
AMH2(2)	,307	,307	,307	,307	,307
UKP	,524	,524	,524	,524	,524
Didik_WPK(1)	,366	,366	,366	,366	,366
Didik_WPK(2)	,524	,524	,524	,524	,524
Didik_WPK(3)	,082	,082	,082	,082	,082
Didik_suami(1)	,346	,000	1,000	,000	,000
Didik_suami(2)	,532	,000	,000	1,000	,000
Didik_suami(3)	,097	,000	,000	,000	1,000
Wealth1(1)	,187	,187	,187	,187	,187
Wealth1(2)	,379	,379	,379	,379	,379
DTT	,421	,421	,421	,421	,421