

**PENGARUH EFEKTIVITAS PEMAKAIAN KONTRASEPSI  
DALAM PENURUNAN FERTILITAS DAN DETERMINAN  
KELANGSUNGAN PEMAKAIAN KONTRASEPSI  
DI INDONESIA**

**TESIS**

**DONNY CAHYO WIBOWO  
0706191202**



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

**PENGARUH EFEKTIVITAS PEMAKAIAN KONTRASEPSI  
DALAM PENURUNAN FERTILITAS DAN DETERMINAN  
KELANGSUNGAN PEMAKAIAN KONTRASEPSI  
DI INDONESIA**

**TESIS**

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

**DONNY CAHYO WIBOWO  
0706191202**



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

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**Nama : Donny Cahyo Wibowo**

**NPM : 0706191202**

**Tanda Tangan:** 

**Tanggal : 06 Juli 2009**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Donny Cahyo Wibowo  
NPM : 0706191202  
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan  
Judul Tesis : Pengaruh Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi Dalam Penurunan Fertilitas dan Determinan Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi di Indonesia

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Omas Bulan Samosir, Ph.D  
Pembimbing : Ir. Zainul Hidayat, M.Si  
Ketua Penguji : Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D  
Penguji : Dr. Wendy Hartanto  
Penguji : Dr. Ida Bagus Permana



Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 06 Juli 2009

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah robbil 'alamin, tiada rasa syukur yang patut dihaturkan kecuali hanya pada Allah swt. Atas rahmat dan berbagai karunia-Nya akhirnya tesis ini bisa selesai tepat pada waktunya. Kesempatan yang sangat berharga ini semoga semakin menjadikan saya sebagai orang yang senantiasa mengembangkan karakter *mutsaqqoful fikri* (memiliki pikiran yang berwawasan) dan *nafi'un lighoirihi* (bermanfaat untuk orang lain).

Dalam ikhtiar yang saya lakukan hingga tesis ini selesai, saya menyadari bahwa terdapat kontribusi penting dari berbagai pihak yang telah memberikan dukungan dan bimbingan, secara teknis maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Omas Bulan Samosir, Ph.D, dan Bapak Ir. Zainul Hidaat, M.Si, selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan banyak waktu, tenaga, dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
2. Ibu Prof. Sri Moertiningsih Adiotomo, Ph.D, Bapak Dr. Wendy Hartanto, dan Bapak Dr. Ida Bagus Permana selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan dan saran-sarannya demi penyempurnaan tesis ini;
3. Badan Pusat Statistik sebagai instansi yang menyelenggarakan kesempatan beasiswa ini;
4. Badan Pusat Statistik Propinsi Kepulauan Riau, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti program beasiswa di Universitas Indonesia;
5. Nila Susandra, SE, Meuthia Nazhifah Muthmainnah, dan Afifah Thohiroh Muthmainnah, sebagai istri dan anak-anakku tercinta yang telah rela berkorban dalam segala hal demi mendukung terselesaikannya studi ini, termasuk doa-doa, nasihat, serta tawa dan canda;
6. Orang tua dan kerabat saya di Probolinggo, atas doa dan dukungannya;
7. Mertua dan kerabat saya di Rengat, atas doa dan dukungannya;
8. Mas Hendro dan Mbak Nia, atas bantuan dan pelayanan yang telah diberikan selama masa perkuliahan serta saran dan masukannya yang sangat bermanfaat;

9. Pak Slamet dan Bu Ratih, atas bantuan dan pelayanan yang diberikan selama ini di Perpustakaan LD-FEUI;
10. Mas Suharsa dan Rudi Cahyono, atas *syntax* dan *translate*-nya;
11. Teman-teman Pondok Biru, yang senantiasa berbagi kisah, cerita, dan asa;
12. Teman-teman seangkatan, atas kekompakan, kerja sama, saran, dan masukannya;
13. Berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah membantu dan mendukung terselesaikannya studi ini;

Akhirnya, saya berharap Allah swt berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini bisa memberikan manfaat dan maslahat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 06 Juli 2009

Donny Cahyo Wibowo

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

---

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

Nama : Donny Cahyo Wibowo  
NPM : 0706191202  
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan  
Departemen : -  
Fakultas : 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 Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi Dalam Penurunan Fertilitas  
dan Determinan Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi di Indonesia**

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: 06 Juli 2009  
Yang menyatakan,



Donny Cahyo Wibowo

## ABSTRAK

**Nama** : Donny Cahyo Wibowo  
**Program Studi** : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan  
**Judul** : Pengaruh Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi Dalam Penurunan Fertilitas dan Determinan Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi di Indonesia

Program Keluarga Berencana selama ini telah berkontribusi dalam penurunan fertilitas di Indonesia dan semakin lama prevalensinya semakin meningkat. Peningkatan prevalensi pemakaian kontrasepsi yang diikuti oleh penurunan angka fertilitas mengindikasikan bahwa di antara dua indikator tersebut memiliki hubungan yang sangat erat. Pencapaian TFR di Indonesia berdasarkan SDKI 2007 ternyata lebih rendah dari yang diharapkan jika merujuk pada pencapaian CPR-nya. Kondisi ini membawa Indonesia mengalami defisit fertilitas, yaitu suatu kondisi pencapaian angka fertilitas yang lebih rendah daripada angka fertilitas yang diharapkan. Terjadinya defisit ini diduga karena pemakaian kontrasepsi yang makin efektif dan berlangsung lama, sehingga dugaan tersebut perlu diteliti lebih lanjut.

Melalui studi ini, ingin dipelajari pengaruh efektivitas pemakaian kontrasepsi dalam penurunan fertilitas dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi berdasarkan karakteristik tingkat pendidikan, aktivitas pekerjaan, daerah tempat tinggal, tingkat kekayaan, umur, tingkat PDRB, dan rasio fasilitas kesehatan per pasangan usia subur. Dengan menggunakan regresi multinomial logistik dan regresi Cox, ingin dilihat kecenderungan pemakaian alat/metode kontrasepsi dan determinan kelangsungan pemakaian kontrasepsi.

Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) ternyata masih merupakan metode yang lebih efektif dibandingkan dengan metode lainnya. Efektivitas yang terjadi ternyata lebih efektif dari yang diduga dan sangat berkontribusi atas terjadinya defisit fertilitas di Indonesia. Adapun karakteristik yang memiliki kecenderungan untuk menggunakan MKJP ialah mereka yang berpendidikan menengah ke atas, bekerja, tinggal di perkotaan, tingkat kekayaannya tinggi, berumur 35 tahun ke atas, daerahnya kurang maju, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS-nya makin tinggi. Karakteristik yang lebih cepat mengalami diskontinu adalah wanita yang menggunakan non MKJP atau metode tradisional, berpendidikan menengah ke atas, tidak bekerja, tinggal di perkotaan, tingkat kekayaannya tinggi, berumur kurang dari 35 tahun, daerahnya kurang maju, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS-nya makin tinggi.

**Kata kunci:**

Efektivitas kontrasepsi, kontinuitas, diskontinuitas, defisit fertilitas, alat/metode kontrasepsi.



## ABSTRACT

**Name : Donny Cahyo Wibowo**  
**Study Program : Population and Man Power Study**  
**Title : The Impact of Effectiveness of Contraceptive Use toward Decreasing Number of Fertility and Determinant of Continuation of Contraceptive Use in Indonesia**

Family Planning Program has been contributed to decreasing number of fertility in Indonesia. Increasing prevalence of contraceptive use which was followed by decreasing number of fertility rate indicated strong association between the two indicators. It was reported in IDHS 2007 that TFR in Indonesia was lower than expected seeing from achieved contraceptive use. This condition brought deficit of fertility in Indonesia. Later, it was guess that deficit of fertility was caused by effectiveness and longer duration of contraceptive use.

The objective of this research was to investigate the influence of effectiveness of contraceptive use toward fertility and to investigate influences of factors such as level of education, working status, place of residence, wealth status, age, GDP and ratio of health care facility and couple of child bearing age toward continuation of contraceptive use. Multinomial logistic and Cox Regression were used to examine the association.

Result of the analysis showed that long term contraceptive method was the most effective method. The effectiveness measured was more effective than it was expected and gave much contribution toward deficit of fertility in Indonesia. The used of long term contraceptive method were high among those couples who were 35-49 years of age, at least middle level of education, worked, lived in urban area, high socio economic status, lived in developing area, higher ratio of health care facilities and couple of child bearing age. Prevalence of discontinuation were high among those who were used traditional method and non long term method, at least middle level of education, not worked, lived in urban area, high socio economic status, 15-34 years of age, lived in developing area, high ratio of health care facility and couple of child bearing age.

**Keywords:**

Effectiveness, contraceptive, continuation, discontinuation, deficit of fertility, contraceptive method.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAKSI .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Permasalahan .....	4
1.3 Tujuan Studi .....	6
1.4 Manfaat Studi .....	6
1.5 Sistematika Penulisan .....	6
<b>2. TINJAUAN LITERATUR .....</b>	<b>8</b>
2.1 Kerangka Pikir Teoritis .....	8
2.2 Studi-studi Sebelumnya .....	12
2.3 Kerangka Pikir Analisis .....	19
2.4 Hipotesis .....	20
<b>3. METODOLOGI .....</b>	<b>22</b>
3.1 Sumber Data .....	22
3.2 Keterbatasan Data .....	23
3.3 Unit Analisis .....	24
3.4 Definisi Operasional .....	27
3.5 Metode Analisis .....	27
3.5.1 Analisis Tabulasi Silang .....	27
3.5.2 Analisis Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi .....	28
3.5.3 Analisis Defisit Fertilitas yang Dijelaskan oleh Efektivitas Kontrasepsi .....	29
3.5.4 Analisis Multinomial Logistik .....	30
3.5.4.1 <i>Odds Ratio</i> .....	32
3.5.4.2 Rancangan Model Multinomial Logistik .....	33
3.5.4.3 Uji Signifikansi Statistik .....	34
3.5.5 Analisis Survival .....	35
3.5.5.1 Metode Kaplan-Meier .....	40
3.5.5.2 Model <i>Cox Regression</i> .....	42
3.6 Keterbatasan Studi .....	45
3.6.1 Penggunaan <i>Proximate Determinant</i> .....	45
3.6.2 Penggunaan Pengaruh Efek Random .....	47

<b>4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>49</b>
4.1 Hubungan Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi dengan Tingkat Fertilitas .....	49
4.2 Hubungan Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi dengan Pemakaian Kontrasepsi .....	52
4.2.1 Sebaran Wanita Berstatus Kawin Menurut Pemakaian Kontrasepsi serta Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi ..	53
4.2.2 Perbedaan Pemakaian Kontrasepsi .....	54
4.2.3 Perbedaan Pemakaian Kontrasepsi MKJP .....	57
4.2.4 Perbedaan Pemakaian Kontrasepsi non MKJP .....	59
4.2.5 Perbedaan Pemakaian Kontrasepsi Metode Tradisional .....	62
4.3 Deskripsi Perbedaan Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi .....	62
4.3.1 Perbedaan Diskontinuitas Secara Umum .....	62
4.3.2 Perbedaan Diskontinuitas Tanpa Alasan Ingin Hamil .....	67
4.4 Deskripsi Perbedaan Alasan Diskontinu Pemakaian Kontrasepsi .....	70
4.5 Deskripsi Perbedaan Durasi Pemakaian Kontrasepsi .....	77
4.5.1 Perbedaan Durasi Pemakaian Kontrasepsi Secara Umum .....	77
4.5.2 Perbedaan Durasi Pemakaian Kontrasepsi Tanpa Alasan Ingin Hamil .....	81
4.6 Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi .....	84
4.7 Defisit Fertilitas yang Dijelaskan Efektivitas Kontrasepsi .....	87
4.8 Analisis Kecenderungan Pemakaian Metode Kontrasepsi .....	89
4.9 Analisis Kontinuitas/Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi .....	95
4.9.1 Analisis Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Pemakaian Kontrasepsi .....	96
4.9.1.1 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Alat/Metode Kontrasepsi .....	97
4.9.1.2 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Tingkat Pendidikan .....	98
4.9.1.3 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Aktivitas Pekerjaan .....	99
4.9.1.4 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Daerah Tempat Tinggal .....	100
4.9.1.5 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Tingkat Kekayaan .....	102
4.9.1.6 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Umur pada Awal Episode Pemakaian Suatu Alat/Metode Tertentu ..	103
4.9.1.7 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Kabupaten/Kota .....	105
4.9.2 Analisis <i>Cox Regression</i> terhadap Kontinuitas dan Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi .....	107
4.9.2.1 <i>Cox Regression</i> dengan Diskontinu Karena Ingin Hamil	107
4.9.2.2 <i>Cox Regression</i> Tanpa Diskontinu Karena Ingin Hamil .	114
<b>5. KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN .....</b>	<b>120</b>
5.1 Kesimpulan .....	120
5.2 Implikasi Kebijakan .....	123
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>124</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi, Kategori, dan Sumber Pertanyaan Kuesioner Variabel Analisis .....	27
Tabel 3.2	Pembentukan Variabel <i>Dummy</i> untuk Multinomial Logistik	33
Tabel 3.3	Pembentukan Variabel <i>Dummy</i> untuk <i>Cox Regression</i> .....	44
Tabel 4.1	Persentase Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi .....	55
Tabel 4.2	Persentase Status Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi .....	65
Tabel 4.3	Persentase Status Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi (Tanpa Diskontinu Karena Ingin Hamil) .....	68
Tabel 4.4	Persentase Alasan Diskontinu Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi .....	71
Tabel 4.5	Persentase Kumulatif Durasi Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi .....	78
Tabel 4.6	Persentase Kumulatif Durasi Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi (Tanpa Diskontinu Karena Alasan Ingin Hamil) .....	82
Tabel 4.7	Angka Kegagalan Kontrasepsi dan Efektivitas Kontrasepsi Berdasarkan Alat/Metode Kontrasepsi .....	85
Tabel 4.8	Penghitungan Defisit Fertilitas .....	87
Tabel 4.9	Penghitungan Defisit Fertilitas yang Disesuaikan .....	88
Tabel 4.10	Penghitungan Defisit Fertilitas yang Dijelaskan oleh Efektivitas Kontrasepsi .....	89
Tabel 4.11	Estimasi Parameter, Nilai Statistik Wald, <i>p-value</i> , dan Rasio Kecenderungan dalam Model Multinomial Logistik Pemakaian Kontrasepsi .....	90
Tabel 4.12	Estimasi Parameter, Nilai Statistik Wald, <i>p-value</i> , dan Rasio Kecenderungan dalam Model <i>Cox Regression</i> Pemakaian Kontrasepsi .....	109
Tabel 4.13	Estimasi Parameter, Nilai Statistik Wald, <i>p-value</i> , dan Rasio Kecenderungan dalam Model <i>Cox Regression</i> Pemakaian Kontrasepsi (Tanpa Diskontinu Karena Ingin Hamil) .....	115

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model Konseptual Dinamika Pemakaian Kontrasepsi .....	10
Gambar 2.2	Kerangka Pikir Konseptual Pemilihan dan Pergantian Metode Kontrasepsi .....	11
Gambar 2.3	Kerangka Pikir Analisis .....	20
Gambar 3.1	Alur Pemilihan Unit Analisis Logistik .....	24
Gambar 3.2	Alur Pemilihan Unit Analisis Diskontinuitas .....	25
Gambar 3.3	Alur Pemilihan Unit Analisis Diskontinuitas (Tanpa Alasan Ingin Hamil) .....	26
Gambar 3.4	Ilustrasi Data Tersensor Tipe I .....	36
Gambar 3.5	Ilustrasi Data Tersensor Tipe II .....	37
Gambar 3.6	Ilustrasi Data Tersensor Secara Progresif .....	38
Gambar 3.7	Ilustrasi Kasus Tersensor .....	39
Gambar 3.8	Penentuan Sensor Analisis Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi .....	40
Gambar 4.1	Tren Angka Fertilitas Total, 1991-2007 .....	49
Gambar 4.2	Tren Angka Prevalensi Kontrasepsi, 1991-2007 .....	49
Gambar 4.3	Plot CPR dan TFR Negara-negara Berkembang .....	50
Gambar 4.4	Plot CPR dan TFR Propinsi-propinsi di Indonesia, 2007 .	51
Gambar 4.5	Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Alat/Metode Kontrasepsi .....	97
Gambar 4.6	Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Tingkat Pendidikan .....	98
Gambar 4.7	Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Aktivitas Pekerjaan .....	99
Gambar 4.8	Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Daerah Tempat Tinggal .....	101
Gambar 4.9	Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Tingkat Kekayaan .....	102
Gambar 4.10	Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Kelompok Umur .....	104
Gambar 4.11	Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut PDRB Kabupaten/Kota .....	105

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Data CPR dan TFR Negara-Negara Berkembang 2007 ...	128
Lampiran 2	Penghitungan Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi .....	130
Lampiran 3	Data PDRB dan Rasio Fasilitas Kesehatan per PUS .....	131
Lampiran 4	Output Model Multinomial Logistik .....	139
Lampiran 5	Output Kaplan-Meier ( <i>Survival Function &amp; Hazard Function</i> ) .....	141
Lampiran 6	Output Model <i>Cox Regression</i> (Dengan Diskontinu Ingin Hamil) .....	146
Lampiran 7	Output Model <i>Cox Regression</i> (Tanpa Diskontinu Ingin Hamil) .....	148
Lampiran 8	Kuesioner SDKI2007-WPK .....	150



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Sebagai salah satu komponen demografi, fertilitas mempunyai peranan penting dalam dinamika kependudukan seperti ukuran, pertumbuhan, dan komposisi penduduk. Perubahan-perubahan ini akan membawa dampak terhadap berbagai aspek kehidupan, seperti politik, sosial, ekonomi, dan budaya. Selanjutnya, hasil interaksi dalam segala aspek tersebut kembali berpengaruh terhadap fertilitas dan komponen demografi lainnya. Demikianlah siklus ini terus berulang secara berkesinambungan.

Perputaran siklus tersebut menjelaskan bagaimana fertilitas sebagai salah satu unsur kependudukan memiliki keterkaitan dengan pembangunan yang mencakup berbagai aspek tadi. Fertilitas yang tinggi akan berdampak pada bertambahnya jumlah penduduk secara alamiah. Kondisi ini akan memberikan kontribusi positif terhadap pertumbuhan penduduk. Adapun pertumbuhan penduduk itu sendiri merupakan faktor penghambat pembangunan (Coale & Hoover, 1958). Besarnya jumlah penduduk yang tidak diimbangi dengan sumber daya manusia yang baik, menyebabkan sumber daya lainnya akan lebih terserap untuk pemenuhan kebutuhan konsumsi, sehingga berdampak pada berbagai permasalahan sosial ekonomi penduduk seperti kemiskinan, standar hidup rendah, pendidikan rendah, menurunnya status lingkungan, dan lain sebagainya. Dengan kondisi demikian, penduduk kurang terpenuhi kesejahteraannya. Seperti telah diketahui bersama bahwa kesejahteraan penduduk merupakan tujuan yang ingin dicapai dalam pembangunan. Maka dari itu, fertilitas mempunyai kaitan yang erat dengan pembangunan.

Fertilitas yang tinggi akan menyebabkan meledaknya jumlah penduduk. Penduduk-penduduk tersebut tentunya berupaya dan diupayakan untuk hidup sejahtera. Salah satu tanggung jawab pemerintah adalah menyejahterakan mereka dalam bentuk menyediakan berbagai sarana dan fasilitas dalam berbagai aspek kehidupan. Meledaknya jumlah penduduk, terutama penduduk muda,

menyebabkan bertambahnya beban pemerintah dalam hal pelayanan atas kesejahteraan mereka. Untuk itu, pertumbuhan jumlah penduduk ini perlu dikendalikan agar proporsi penduduk muda bisa mengalami penurunan. Menurut Mason (2001) dan John Ross (2004) dalam Adioetomo (2005), penurunan proporsi penduduk muda akan mengalihkan sumber daya untuk memacu pertumbuhan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan keluarga, karena investasi untuk pemenuhan kebutuhan berkurang.

Program Keluarga Berencana (KB) telah mengantarkan Indonesia masuk pada tahap ketiga transisi demografi, di mana fertilitas yang sebelumnya tinggi, menurun secara signifikan. Penurunan ini kemudian menjadi suatu tren yang terus berlanjut, dan diharapkan bisa mencapai angka fertilitas total (TFR) sebesar 1,86 anak per ibu pada tahun 2030 untuk mencapai *the window of opportunity* sebagai bagian penting dari bonus demografi (Adioetomo, 2005). Dengan tren fertilitas tersebut, Indonesia diperkirakan meraih bonus demografi pada periode 2020-2030, di mana jumlah penduduk usia kerja mencapai sekitar dua kali lipat jumlah penduduk usia non produktif.

Berdasarkan hasil kesepakatan yang dibahas dalam *Internasional Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo, Indonesia berkewajiban untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk melalui program Keluarga Berencana (KB), terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi. Selain itu, salah satu kunci pendekatan baru dalam kesepakatan tersebut yaitu terjangkaunya KB secara universal pada tahun 2015. Bertolak pada hal itu, evaluasi atas program KB harus selalu dilakukan agar tidak hanya kuantitasnya yang meningkat, tetapi juga kualitasnya.

Menurut Badan Pusat Statistik (2005, 2008a), perubahan jumlah penduduk Indonesia dari 119,2 juta pada tahun 1971 (SP 1971) menjadi 219,2 juta pada tahun 2005 (SUPAS 2005) telah menghasilkan laju pertumbuhan penduduk yang terus menurun dari 2,30 persen (1971-1980) menjadi 1,97 persen (1980-1990) kemudian 1,45 persen (1990-2000), dan terakhir sebesar 1,30 persen (2000-2005). Penurunan laju pertumbuhan penduduk ini tidak terlepas dari keberhasilan Indonesia menurunkan angka kelahiran total (*Total Fertility Rate/TFR*) dari 5,6 anak per ibu pada tahun 1971 (SP 1971) menjadi 2,6 anak per ibu pada tahun 2007 (SDKI 2007). Penurunan angka kelahiran di Indonesia terkait erat dengan meningkatnya pemakaian



kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*). Pada tahun 1980, tingkat pemakaian kontrasepsi hanya 26 persen, meningkat menjadi 61 persen pada tahun 2007. Keadaan yang berbanding terbalik antara TFR dan CPR inilah yang mengindikasikan bahwa peningkatan pemakaian kontrasepsi menyebabkan penurunan angka kelahiran.

Bongaarts dan Kirmeyer (1982) telah memformulasikan suatu model konvensional mengenai hubungan TFR dan CPR dengan suatu model regresi sederhana berdasarkan data-data yang dikumpulkan dari 22 negara berkembang pada tahun 1970-an. Persamaan yang diperoleh adalah sebagai berikut.

$$TFR = 7,30 - 6,42 CPR \quad (1.1)$$

Dengan menggunakan data terbaru yang bersumber dari *Population Reference Bureau* (2007), diperoleh persamaan baru berdasarkan data-data dari 92 negara berkembang sebagai berikut.

$$TFR = 6,54 - 6,15 CPR \quad (1.2)$$

Berdasarkan model tersebut, angka kelahiran alamiah atau TFR pada saat CPR bernilai 50 persen adalah sebesar 3,46 anak per ibu, sedangkan ketika CPR bernilai 80 persen maka TFR menjadi 1,62 anak per ibu. Hasil tersebut mengandung pengertian bahwa semakin tinggi CPR-nya, TFR akan semakin rendah. Hal ini menandakan bahwa pemakaian kontrasepsi memiliki hubungan yang sangat erat dalam penurunan TFR. Pernyataan ini diperkuat oleh nilai koefisien determinasi, yang menjelaskan kontribusi CPR dalam mempengaruhi TFR, yaitu sebesar 70 persen.

Berdasarkan data SDKI 2007, jika mengikuti persamaan di atas, dengan CPR sebesar 61,4 persen, seharusnya TFR yang dicapai sebesar 2,8 anak per ibu. Namun, dengan CPR sebesar 61,4 persen itu, faktanya TFR di Indonesia sebesar 2,6 anak per ibu. Dengan demikian, fertilitas yang terjadi lebih rendah sebesar 0,2 anak per ibu, dan keadaan ini disebut sebagai defisit fertilitas. Agar tidak tersalahartikan, defisit fertilitas di sini menunjukkan bahwa angka fertilitas yang terjadi lebih rendah daripada angka fertilitas yang diharapkan berdasarkan capaian CPR-nya. Dengan fenomena seperti ini, efektivitas dari pemakaian kontrasepsi diduga mempunyai peranan yang cukup penting dalam penurunan fertilitas yang terjadi di Indonesia. Selain itu, kelangsungan atas pemakaian kontrasepsi juga akan mendukung efektivitas pemakaian kontrasepsi.

Oleh karena itu, perlu dilihat efektivitas pemakaian kontrasepsi dalam mempengaruhi penurunan fertilitas di Indonesia dan determinan kelangsungan pemakaiannya. Dengan melihat pengaruh efektivitas pemakaian kontrasepsi terhadap penurunan fertilitas, diharapkan program-program dan kebijakan-kebijakan yang dibuat tidak hanya terfokus pada prevalensi pemakaian kontrasepsi, tetapi juga memperhatikan efektivitas pemakaiannya dan kelangsungannya. Dengan demikian, pencapaian target-target di bidang kependudukan, khususnya yang berkaitan dengan pengendalian penduduk, dapat lebih terarah, di mana semua itu akhirnya bermuara pada peningkatan kesejahteraan penduduk.

## 1.2 Rumusan Permasalahan

Di negara-negara maju yang tingkat fertilitasnya rendah seperti negara-negara di Eropa dan Asia Timur, ternyata sebagian dari negara-negara tersebut tidak membutuhkan CPR yang terlalu tinggi untuk menurunkan TFR-nya. Bahkan dengan CPR sebesar 40-an atau 50-an persen saja, mereka sudah bisa mencapai TFR antara satu hingga dua anak per ibu. Dengan demikian, dapat dibayangkan seberapa besar defisit fertilitas yang terjadi di sana.

Di Indonesia sendiri, yang juga mengalami defisit fertilitas, untuk menaikkan CPR dari 60-an persen ke tingkat yang lebih tinggi lagi, akan memerlukan daya, upaya, dan biaya yang cukup berat. Namun demikian, dengan CPR sebesar 61,4 persen, telah menghasilkan TFR 0,2 lebih rendah dari yang diharapkan. Maka dari itu, fenomena ini menjelaskan bahwa penurunan fertilitas tidak hanya sekedar peran dari prevalensi pemakaian kontrasepsi, tetapi efektivitas dari pemakaian kontrasepsi itu diduga semakin mengalami peningkatan, sehingga turut memberikan andil atas terjadinya defisit fertilitas.

Mengenai efektivitas alat/metode kontrasepsi, secara fisiologis maupun klinis sudah pasti alat kontrasepsi tersebut efektif, karena telah melalui uji laboratorium. Efektivitas semacam ini biasa disebut dengan *theoretical effectiveness* (Bongaarts dan Potter, 1983). Kinerja suatu alat kontrasepsi akan

menjadi tidak efektif ketika pemakaiannya tidak mengikuti aturan sebagaimana mestinya, misalnya: lupa meminum pil KB, salah pemasangan kondom, salah pemasangan IUD, dan sebagainya. Dari alat/metode kontrasepsi yang ada, masing-masing tentunya memiliki risiko kesalahan penggunaan. Risiko kesalahan penggunaan yang bisa berakibat kegagalan pemakaian kontrasepsi sangat terkait dengan karakteristik alat/metode kontrasepsi itu dan faktor perilaku penggunanya. Dengan beragamnya alat/metode kontrasepsi dan beragamnya karakteristik pemakainya, mengakibatkan efektivitas pemakaian kontrasepsi untuk setiap alat/metode juga memungkinkan bervariasi. Dari situlah akan muncul pemakaian alat/metode kontrasepsi yang lebih efektif, sehingga kelemahan yang ada dapat dievaluasi.

Selain efektif pemakaiannya, agar pengaruhnya terhadap penurunan fertilitas lebih nyata, pemakaian kontrasepsi tersebut harus diikuti dengan diskontinuitas yang lebih rendah atau kelangsungan yang lama. Pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif dan berlangsung lama, akan memberikan dampak yang sangat signifikan pada penurunan tingkat fertilitas dan terjadinya defisit fertilitas. Untuk itu, studi tentang kelangsungan pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif diharapkan dapat menjadi monitor untuk lebih menekan tingkat fertilitas.

Monitoring atas pemakaian kontrasepsi belum cukup hanya dilihat dari efektivitas dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Sebagaimana telah disebutkan bahwa kinerja suatu alat/metode kontrasepsi akan efektif ketika pemakaiannya telah sesuai dengan aturan semestinya. Dengan demikian, kegagalan yang terjadi bisa disebabkan oleh faktor alat/metode dan faktor perilaku. Perilaku di sini bisa berasal dari faktor sosial, ekonomi, demografi, budaya, dan programatik (Islam, 1998). Oleh karena itu, karakteristik seperti pendidikan, daerah tempat tinggal, aktivitas pekerjaan ibu, tingkat kekayaan, umur saat memakai kontrasepsi, serta kemajuan daerah dan fasilitas kesehatan di tempat tinggalnya, diduga turut melatarbelakangi kelangsungan ataupun diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Perbedaan karakteristik tersebut akan memberikan cara pandang yang berbeda mengenai pemakaian kontrasepsi, sehingga kelangsungan pemakaiannya menjadi variatif.

### 1.3 Tujuan Studi

Secara umum studi ini bertujuan untuk mempelajari efektivitas dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi dalam mempengaruhi penurunan fertilitas yang terjadi di Indonesia. Adapun secara khusus, studi ini bertujuan untuk:

1. mengetahui pemakaian alat/metode kontrasepsi efektif;
2. mempelajari peranan efektivitas pemakaian kontrasepsi terhadap terjadinya defisit fertilitas;
3. mempelajari diskontinuitas alat/metode kontrasepsi yang lebih efektif;
4. mempelajari pengaruh karakteristik sosioekonomi dan demografi terhadap diskontinuitas penggunaan kontrasepsi.

### 1.4 Manfaat Studi

Studi ini dilakukan dengan harapan dapat menambah khasanah literatur yang mampu memberikan pedoman bagi penelitian atau studi selanjutnya. Selain itu, hasil dari analisis ini diharapkan juga dapat memberikan masukan kepada para pengambil kebijakan dalam melakukan evaluasi dan monitoring terhadap program-program yang terkait dengan pengendalian penduduk, khususnya dalam penerapan program keluarga berencana.

### 1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam studi ini adalah sebagai berikut.

- Bab 1 Pendahuluan, mencakup latar belakang, rumusan permasalahan, tujuan studi, manfaat studi, dan sistematika penulisan.
- Bab 2 Tinjauan literatur, terdiri atas kerangka pikir teoritis, studi-studi sebelumnya, kerangka pikir analisis, dan hipotesis.
- Bab 3 Metodologi, terdiri atas sumber data, keterbatasan data, unit analisis, definisi operasional, metode analisis yang meliputi analisis tabulasi

silang, analisis efektivitas pemakaian kontrasepsi, analisis defisit fertilitas yang dijelaskan oleh efektivitas kontrasepsi, analisis multinomial logistik, dan analisis survival, serta keterbatasan studi.

- Bab 4 Hasil dan pembahasan, yang meliputi analisis deskriptif dan analisis inferensial berdasarkan metode analisis yang diterapkan.
- Bab 5 Kesimpulan dan implikasi kebijakan, merupakan pokok-pokok dari hasil yang bisa dikumpulkan dari studi serta memberikan saran kebijakan yang berkaitan dengan hasil studi yang dilaksanakan.



## BAB 2

### TINJAUAN LITERATUR

#### 2.1 Kerangka Pikir Teoritis

Sesuai dengan siklus demografi, dinamika kehidupan sosial, ekonomi, lingkungan, dan sebagainya, akan berpengaruh terhadap tingkat fertilitas. Namun, faktor tersebut merupakan faktor-faktor yang berpengaruh secara tidak langsung terhadap tingkat fertilitas yang terjadi. Ada faktor-faktor lain yang secara langsung (*proximate determinant*) mempengaruhi tingkat fertilitas. Pemakaian kontrasepsi merupakan salah satu *proximate determinant* yang dimaksud di antara *proximate determinant* lainnya seperti proporsi wanita yang berstatus kawin, aborsi yang disengaja, masa tidak subur karena menyusui, frekuensi *intercourse*, sterilitas, aborsi yang tidak disengaja (keguguran), dan periode masa subur (Bongaarts, 1978). Hal-hal yang berhubungan dengan pemakaian kontrasepsi yang juga berperan dalam naik turunnya fertilitas antara lain prevalensi, efektivitas, dan kelangsungannya.

Bongaarts dan Potter (1983) menyatakan tiga definisi efektivitas kontrasepsi. Pertama, *theoretical effectiveness*, mengukur pengaruh kontrasepsi melalui penelitian laboratorium. Efektivitas ini hanya tergantung pada karakteristik suatu alat/metode tersebut dan tidak terpengaruh oleh *human error*. Kedua, *use effectiveness*, mengukur kinerja pemakaian suatu alat/metode dalam melindungi seseorang dari kehamilan yang tidak diharapkan pada keadaan yang sebenarnya (bukan percobaan). Hal yang dapat mengganggu keefektifan ini ditentukan oleh kesalahan pengguna (*human error*) dan kegagalan alat/metode. Ketiga, *extended use-effectiveness*, mencakup *use effectiveness* dan semua kegagalan yang menyebabkan terjadinya kehamilan yang tak diinginkan, bahkan kehamilan yang terjadi setelah menghentikan pemakaian.

Dari ketiga jenis definisi efektivitas kontrasepsi, yang lebih banyak digunakan sebagai alat ukur efektivitas kontrasepsi adalah *use-effectiveness* dan *extended use-effectiveness*. Dengan menggunakan kedua jenis definisi tersebut,

efektivitas kontrasepsi dapat menggambarkan bagaimana perilaku pengguna kontrasepsi itu, selain juga memperhitungkan karakteristik alat/metode kontrasepsi.

Hal lain terkait pemakaian kontrasepsi yang berhubungan fertilitas adalah angka prevalensi kontrasepsi (*contraceptive prevalence rate/CPR*). Bongaarts dan Kirmeyer (1982) mengajukan suatu model regresi sederhana yang menjelaskan pengaruh prevalensi kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) terhadap fertilitas total (*Total Fertility Rate/TFR*), fertilitas marital total (*Total Marital Fertility Rate/TMFR*), dan fertilitas marital alamiah total (*Total Natural Marital Fertility Rate/TNMFR*) berdasarkan data yang dikumpulkan dari 22 negara berkembang. Model tersebut dinyatakan sebagai berikut.

$$TFR = 7,30 - 6,42 CPR \quad (2.1)$$

$$TMFR = 9,54 - 4,81 CPR \quad (2.2)$$

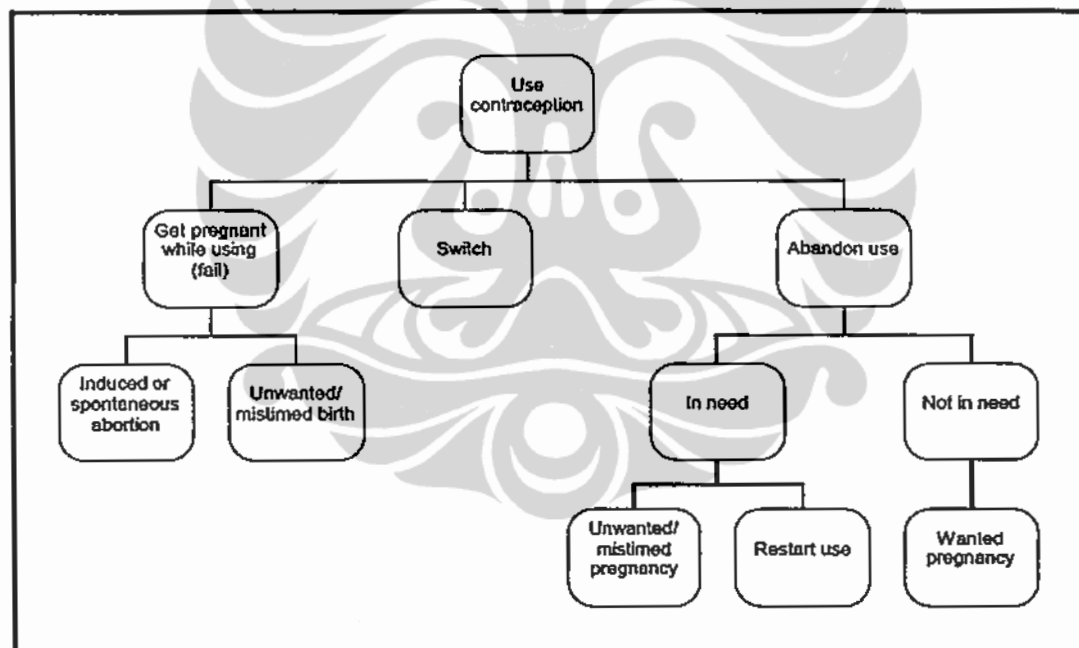
$$TNMFR = 15,25 - 13,71 CPR \quad (2.3)$$

Berdasarkan persamaan yang pertama, jika prevalensinya 50 persen, TFR akan bernilai 4,09 anak per ibu. Jadi, persamaan tersebut menjelaskan bahwa dengan tercapainya CPR pada nilai tertentu, diharapkan TFR-nya mengikuti persamaan tersebut. Sebagai contoh, jika pencapaian CPR adalah 50 persen, diharapkan pencapaian TFR-nya sebesar 4,09 per ibu. Apabila TFR yang tercapai lebih kecil dari TFR yang diharapkan, berarti telah terjadi defisit fertilitas. Sebaliknya, jika TFR yang tercapai lebih besar dari TFR yang diharapkan, yang terjadi adalah eksese fertilitas.

Keberhasilan pemakaian kontrasepsi dalam mempengaruhi fertilitas juga ditentukan oleh diskontinuitas pemakaiannya. Pemakaian yang lebih banyak episode diskontinunya akan berdampak positif terhadap fertilitas, karena dalam keadaan diskontinu akan memberikan peluang untuk terjadinya konsepsi, walaupun semua itu tergantung kondisi.

Curtis dan Blanc (1997) mengajukan model konseptual atas dinamika pemakaian kontrasepsi (Gambar 2.1), di mana perubahan yang terjadi pada pemakaian kontrasepsi akan menimbulkan kejadian diskontinu. Model tersebut menjelaskan perubahan pemakaian kontrasepsi menjadi diskontinu yang mengarah pada tiga kondisi, yaitu kegagalan kontrasepsi (hamil ketika memakai),

penggantian alat/metode, dan melepas kontrasepsi. Kegagalan kontrasepsi yang berujung pada terjadinya kehamilan, memiliki konsekuensi pada dua kemungkinan, yaitu keguguran/digugurkan dan kelahiran yang tidak diinginkan atau kelahiran tidak tepat waktu. Adapun melepaskan kontrasepsi juga memungkinkan pada dua keadaan. Keadaan pertama, pengguna melepaskan kontrasepsi karena dia tidak ingin lebih lama menggunakannya, disebabkan karena ingin hamil atau risiko untuk hamil sudah berkurang (menopause). Yang kedua, pengguna melepaskan kontrasepsi dengan alasan untuk menggunakannya lagi untuk menghindari terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak tepat waktu. Jika wanita yang melepaskan kontrasepsi karena ingin hamil pada akhirnya menginginkan kembali untuk memakai kontrasepsi, ia akan mengalami transisi dari *'not in need'* ke *'restart use'* melalui *'in need'*.



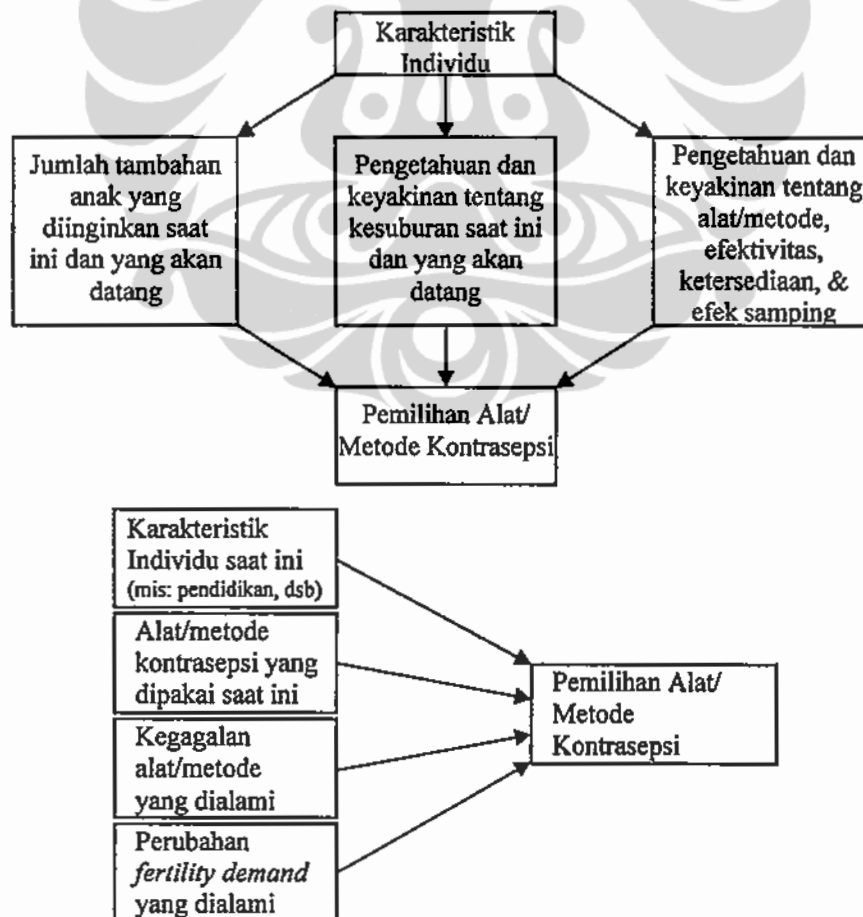
Gambar 2.1 Model Konseptual Dinamika Pemakaian Kontrasepsi

Model yang diajukan Curtis dan Blanc di atas pada dasarnya menyatakan perubahan pemakaian kontrasepsi menjadi diskontinu. Terjadinya diskontinu disebabkan karena adanya alasan-alasan tertentu yang mengakibatkan seseorang tidak lagi menggunakan kontrasepsi. Sebab-sebab yang diajukan pun bersifat lebih umum dan sudah mencakup semua kemungkinan yang ada. Dalam penerapannya, model tersebut bisa dikembangkan pada hal-hal yang lebih khusus.



Adapun kaitan antara diskontinuitas yang dijelaskan model tersebut dengan dampak positif terhadap fertilitas dapat dijelaskan sebagai berikut. Diskontinu karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan, sedangkan diskontinu dengan melepaskan kontrasepsi akan memperbesar risiko kehamilan, dan diskontinu untuk berganti alat/metode juga dapat meningkatkan risiko kehamilan yang tidak diharapkan apabila berganti pada alat/metode yang kurang efektif.

Diskontinuitas kontrasepsi juga berkaitan dengan pemilihan suatu alat/metode kontrasepsi tertentu. Pemilihan metode kontrasepsi yang akhirnya menimbulkan suatu masalah atau tidak sesuai lagi, akan menyebabkan terjadinya pemilihan alat/metode kontrasepsi yang lain (*switching*). Hal ini sebagaimana kerangka pikir konseptual mengenai pemilihan dan pergantian alat/metode kontrasepsi yang pernah diajukan oleh Bulatao (1989) pada Gambar 2.2 berikut.



Gambar 2.2 Kerangka Pikir Konseptual  
Pemilihan dan Pergantian Metode Kontrasepsi

Kerangka pikir tersebut menjelaskan pergantian alat/metode kontrasepsi yang juga merupakan bagian dari kejadian diskontinu. Berdasarkan konsep tersebut, pergantian alat/metode akan dilakukan apabila seseorang itu mengalami kegagalan, merasa alat/metode yang sedang dipakai kurang efektif, alat/metode yang sedang dipakai tidak tersedia lagi untuk dilanjutkan, efek samping yang ditimbulkan sangat mengganggu, dan sebagainya. Adapun pemilihan alat/metodenya, baik yang sedang dipakai atau yang akan dipakai sebagai pengganti, dipengaruhi oleh faktor karakteristik individu, seperti pendidikan, umur, tingkat sosioekonomi, dan sebagainya. Dengan demikian, karakteristik individu turut berpengaruh atas pilihan untuk diskontinu atau tidak diskontinu.

Sebenarnya berdasarkan hubungan tersebut, karakteristik individu juga memungkinkan berpengaruh secara langsung pada pemilihan kontrasepsi. Hal ini disebabkan karena karakteristik individu terbentuk sekaligus dengan atribut-atribut yang menyertainya, seperti pengetahuan, perasaan, dan sebagainya, sehingga ia dapat menentukan pilihannya.

## 2.2 Studi-Studi Sebelumnya

Efektivitas pemakaian kontrasepsi sangat terkait dengan perilaku pemakainya dan karakteristik alat/metodenya. Perbedaan perilaku memungkinkan timbulnya perbedaan efektivitas pada setiap waktu, tempat, dan individu. Bergantinya tahun berarti bergantinya suatu masa di mana akan menuju pada masa yang lebih baik karena perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi telah mampu mempercepat arus informasi dan komunikasi. Perbedaan daerah juga bisa diartikan berbedanya budaya dan kebiasaan. Individu yang berbeda juga berarti dapat berbeda pula, karena setiap orang seringkali memiliki pandangan dan penafsiran yang berbeda. Semua perbedaan tersebut bermuara pada suatu akibat yang satu, yaitu berbedanya perilaku. Kaitannya dengan efektivitas pemakaian kontrasepsi, perbedaan perilaku tersebut memungkinkan adanya perbedaan efektivitas. Namun demikian, apa yang dipelajari dari suatu daerah pada waktu tertentu setidaknya dapat memberikan pandangan dan perbandingan yang dapat melahirkan suatu kesimpulan, khususnya mengenai efektivitas pemakaian kontrasepsi.

Banyak penelitian-penelitian terdahulu yang mengangkat tema efektivitas kontrasepsi ataupun kegagalan kontrasepsi. Salah satunya adalah sebagaimana yang dilakukan oleh Moreno dan Goldman (1991) yang melakukan penelitian kegagalan kontrasepsi terhadap 9 negara di Amerika Latin, 3 negara di Afrika Utara, dan 3 negara di Asia, termasuk Indonesia. Data yang digunakan bersumber dari *Demographic and Health Surveys* (DHS). Hasilnya menunjukkan bahwa di antara 15 negara yang diteliti, Indonesia menempati urutan kedua setelah Thailand sebagai negara yang tingkat kegagalannya paling rendah. Dengan demikian, dapat dikatakan pemakaian kontrasepsi di Indonesia relatif lebih efektif dibandingkan dengan negara-negara berkembang lainnya. Hasil ini juga sedikit memberikan gambaran bahwa efektivitas pemakaian kontrasepsi diduga telah berkontribusi terhadap penurunan fertilitas sejak tahun 1980-an, dan tren ini terus berlaku hingga tahun 1990-an di mana Samosir (1994) telah membuktikan bahwa efektivitas pemakaian kontrasepsi merupakan faktor utama atas terjadinya defisit fertilitas waktu itu.

Dalam disertasinya, Samosir (1994) mengungkapkan hasil temuannya berkaitan dengan hal itu dengan menggunakan data SDKI 1991. Dengan memanfaatkan persamaan regresi yang diajukan Bongaarts dan Kirmeyer (1982), yang menyatakan hubungan antara CPR dan TFR, diperoleh TFR yang diharapkan sesuai dengan pencapaian CPR-nya yaitu sebesar 4,12 anak per ibu. Adapun TFR Indonesia saat itu adalah sebesar 3,02 anak per ibu. Oleh karena TFR yang dicapai lebih rendah daripada TFR yang diharapkan, selisih yang terjadi dinamakan dengan defisit fertilitas.

Berdasarkan *proximate determinant* yang diajukan Bongaarts (1978), terjadinya defisit fertilitas kala itu diduga disebabkan faktor perubahan dalam CPR, pola pernikahan yang tidak sesuai dengan yang diharapkan, pola menyusui yang lebih lama dari yang diharapkan, efektivitas pemakaian kontrasepsi yang tinggi, frekuensi *intercourse*, dan tingkat kesuburan alami. Setelah dilakukan penghitungan, diperoleh kesimpulan bahwa efektivitas pemakaian kontrasepsi merupakan faktor utama yang menyebabkan terjadinya defisit fertilitas di Indonesia, yang menjelaskan sebesar 0,49 dari 1,10 defisit yang terjadi.

Dari segi kompleksitas permasalahan yang dapat mempengaruhi terjadinya defisit fertilitas, penelitian tersebut sudah cukup menjelaskan fenomena yang terjadi di Indonesia pada masa itu berkaitan dengan terjadinya defisit fertilitas. Namun, akan lebih baik lagi apabila persamaan regresi dari Bongaarts dan Kirmeyer itu diperbaharui dengan data-data terkini saat itu.

Penerapan ide yang diajukan Bongaarts dan Kirmeyer (1982) juga dilakukan pada data di Indonesia, dilakukan oleh Rajagukguk (2004). Dengan data yang dikumpulkan dari propinsi-propinsi yang ada di Indonesia pada tahun 1991, 1994, 1997, dan 2002-2003, diperoleh model-model regresi sederhana pada titik-titik tahun tersebut, beserta koefisien variasinya masing-masing. Dengan memperhatikan perkembangan koefisien variasinya, terlihat bahwa dari tahun ke tahun variasi TFR yang dapat dijelaskan oleh variasi CPR semakin tinggi, dari sebesar 38 persen pada tahun 1991 menjadi hingga 44 persen pada tahun 2002-2003. Dengan demikian, kontribusi pemakaian kontrasepsi di Indonesia semakin besar pengaruhnya dalam menurunkan tingkat fertilitas. Dari persamaan yang terbentuk berdasarkan proses yang telah dilakukan, diharapkan bisa menjadi suatu formula bagi propinsi-propinsi di Indonesia sebagai acuan penghitungan defisit atau ekses fertilitas di daerah tersebut.

Berkenaan dengan metode kontrasepsi yang efektivitas pemakaiannya lebih baik ataupun tingkat kegagalannya lebih rendah, Fu et al. (1999) meneliti terhadap wanita di Amerika Serikat berdasarkan data 1995 *National Survey of Family Growth* (NSFG). Dalam satu tahun pertama pemakaian kontrasepsi, diketahui alat/metode kontrasepsi menurut urutan efektivitasnya yaitu *implant/susuk*, suntik, pil, diafragma, kondom, pantang berkala, dan senggama terputus. Trierweiler (2000) menyimpulkan atas hasil studi Fu et. al. bahwa penggunaan alat/metode kontrasepsi jangka panjang seperti susuk dan IUD akan meminimalisir kemungkinan kesalahan yang dilakukan oleh pengguna atas terjadinya kegagalan, sehingga alat/metode tersebut cenderung menghasilkan tingkat kegagalan yang lebih rendah.

Studi yang dilakukan tersebut telah mengalami penyesuaian atas kejadian aborsi yang tidak dilaporkan. Penyesuaian tersebut didasarkan pada *Abortion Patient Survey*. Dengan memberlakukan penyesuaian tersebut, akan menghindari

terjadinya bias (*underestimate*) pada pelaporan data aborsi. Akan tetapi, perlakuan ini justru dapat menimbulkan bias yang lain (*overestimate*) pada data pemakaian kontrasepsi.

Temuan Fu et al. (1999) dipertegas lagi oleh penelitian Ranjit et al. (2001) yang mengkombinasikan antara data NSFG 1988 dan 1995. Dalam studinya yang membahas tingkat kegagalan dalam dua tahun pertama pemakaiannya, alat/metode yang tingkat kegagalannya paling rendah (efektivitasnya tinggi) adalah alat/metode jangka panjang dan pil, sedangkan yang tingkat kegagalannya tinggi adalah penerapan pantang berkala dan senggama terputus. Hasil ini setidaknya dapat lebih baik daripada penelitian sebelumnya, karena unit analisis yang diteliti menjadi semakin banyak dengan mengkombinasikan dua survei tersebut. Satu hal yang tetap menjadi catatan di sini yaitu pemberlakuan penimbang untuk analisis data individu semacam ini.

Trussell juga pernah memaparkan kelompok-kelompok alat/metode kontrasepsi berdasarkan efektivitasnya, di mana informasi ini bersumber dari WHO (*World Health Organization*) tahun 2006. Kelompok pertama yang paling efektif adalah sterilisasi (pria/wanita), susuk, dan IUD, di mana alat/metode tersebut merupakan alat/metode jangka panjang. Kelompok kedua meliputi suntik, pil, metode menyusui alami, *patch*, dan ring. Kelompok ketiga mencakup kondom, diafragma, *sponge*, dan pantang berkala. Adapun kelompok keempat adalah senggama terputus dan spermisida. Pengelompokan tersebut didasarkan atas *effectiveness* (pengukuran melalui survei), bukan *efficacy* (pengukuran secara klinis), dan pemakaiannya secara *typical use* (pemakaian tergantung si pemakai), bukan secara *perfect use* (pemakaian sesuai prosedur), sehingga efektivitasnya tergantung pada alat/metode dan penggunaannya. Yang perlu diperhatikan di sini yaitu bahwasannya penelitian ini dilakukan di Amerika Serikat yang *notabene* negara maju, sehingga perlu dikaji lagi relevansinya bagi negara-negara berkembang seperti Indonesia.

Untuk bahan perbandingan, pengukuran efektivitas secara klinis (*contraceptive efficacy*) juga pernah dikemukakan oleh Trussell (2007). Urutan alat/metode kontrasepsi yang berdasarkan efektivitasnya secara klinis berturut-turut yaitu sterilisasi pria, sterilisasi wanita, susuk, IUD, ring, *patch*, pil, kondom,

diafragma, *sponge*, pantang berkala, senggama terputus, dan spermisida. Dari hasil ini, terlihat bahwa efektivitas yang dihasilkan antara kedua pengertian ini relatif tidak berbeda, yaitu alat/metode jangka panjang memiliki efektivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan alat/metode yang lainnya. Akan tetapi, kedua pengertian tersebut masih tetap berbeda.

Pemakaian alat/metode kontrasepsi yang lebih efektif akan berpengaruh secara signifikan pada penurunan fertilitas apabila setiap wanitanya memiliki kecenderungan untuk memakai alat/metode kontrasepsi yang lebih efektif tersebut. Berdasarkan penelitian Magadi dan Curtis (2003) di Kenya, karakteristik yang memiliki kecenderungan untuk menggunakan alat/metode jangka panjang daripada alat/metode jangka pendek di antaranya adalah mereka yang tinggal di perkotaan, berumur semakin tua, dan berpendidikan makin tinggi. Adapun karakteristik yang lebih cenderung menggunakan metode tradisional dibandingkan alat/metode modern jangka pendek di antaranya adalah mereka yang tinggal di perdesaan, berumur 25-34 tahun, dan tidak berpendidikan. Studi ini menggabungkan tiga survei yang sama pada tahun yang berbeda, sehingga dapat menambah unit analisis dan dapat menjelaskan keadaan yang lebih global. Namun, informasi pada suatu titik waktu tertentu tidak bisa dijelaskan berdasarkan karakteristik yang ada.

Pada kesempatan yang lain, Stephenson, Beke, dan Tshibangu (2008) juga menyatakan dalam studinya di Eastern Cape, Afrika Selatan, bahwasannya wanita yang tinggal di perkotaan lebih cenderung memilih IUD atau sterilisasi daripada suntikan. Selain itu, diungkapkan juga bahwa wanita yang bekerja di luar rumah lebih berpeluang menggunakan IUD atau sterilisasi daripada suntikan. Pemilihan alat/metode jangka panjang oleh wanita yang bekerja ini akan tetap terlihat perbedaan pengaruhnya meskipun para wanitanya berasal dari komunitas yang sama, karena studi ini telah memperhitungkan efek random yang terjadi dalam unit analisisnya. Namun, dalam studi tersebut, faktor aktivitas pekerjaan ini kurang mendapat pembahasan yang lebih dalam lagi.

Gakidou dan Vayena (2007) mengkaji dari sisi yang bersifat makro berkenaan dengan pemakaian kontrasepsi ini. Salah satu dari tujuannya yaitu untuk melihat pengaruh pendapatan domestik bruto (PDB) per kapita

terhadap pemakaian/prevalensi kontrasepsi, baik prevalensi secara rata-rata nasional maupun prevalensi di kalangan masyarakat termiskin, yaitu masyarakat yang berada pada indeks kekayaan kuantil terendah. Penelitian dilakukan terhadap 55 negara berkembang dengan menggunakan data dalam beberapa tahun survei. Dengan melakukan *ordinary least square* (OLS) atas data yang diamati, diperoleh tiga persamaan regresi. Persamaan pertama menunjukkan bahwa PDB per kapita berpengaruh positif pada pemakaian kontrasepsi secara nasional. Persamaan kedua juga menunjukkan pengaruh positif PDB per kapita terhadap pemakaian kontrasepsi pada masyarakat miskin. Adapun persamaan ketiga menunjukkan pengaruh yang tidak signifikan antara PDB per kapita dengan selisih antara pemakaian kontrasepsi secara nasional dan pemakaian kontrasepsi di kalangan masyarakat miskin. Berdasarkan temuan tersebut, dapat dikatakan bahwa semakin tinggi PDB per kapita suatu negara, pemakaian kontrasepsi di negara tersebut ataupun pemakaian kontrasepsi oleh masyarakat miskin akan semakin meningkat. Temuan ini setidaknya memberikan suatu gambaran bahwa kemakmuran atau kemajuan suatu negara akan memiliki konsekuensi pada kesadaran ataupun kemudahan untuk menggunakan kontrasepsi. Pendekatan global ini hendaknya dapat pula diterapkan dalam pendekatan secara individu, sehingga akan menjadi suatu terobosan baru di era seperti saat ini.

Pemilihan suatu alat/metode kontrasepsi yang efektif akan semakin baik jika diskontinuitasnya rendah. Salah satu gejala diskontinu adalah pergantian alat/metode. Rajagukguk (1997) pernah melakukan penelitian di Indonesia berdasarkan data SDKI 1991 berkaitan dengan masalah pergantian alat/metode kontrasepsi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecenderungan untuk tidak diskontinu berganti alat/metode di antaranya lebih terjadi pada wanita yang berusia lebih tua, tidak berpendidikan, tinggal di luar Jawa dan Bali, serta wanita yang menggunakan metode susuk (diikuti oleh IUD). Pada dasarnya, bertahannya mereka dengan metode yang dipakai sebenarnya bukan karena loyal dengan metode itu, tetapi lebih disebabkan keterbatasan akses untuk memperoleh alternatif metode. Apa yang dihasilkan di sini sudah cukup memberikan gambaran, apalagi dalam memodelkannya sudah memperhatikan efek random. Namun, faktor tempat tinggal (Jawa Bali dan Luar Jawa Bali) saat ini sudah

kurang relevan lagi, karena saat ini telah diberlakukan otonomi daerah. Untuk itu, ukuran kemajuan daerah perlu dikedepankan sebagai alternatif pendekatan analisis secara kontekstual.

Steele dan Curtis (2003) melakukan penelitian mengenai diskontinuitas pemakaian kontrasepsi berdasarkan alasan diskontinu menggunakan data SDKI 1997. Hasilnya adalah sebagai berikut. Untuk alasan kegagalan, diskontinu lebih cenderung terjadi pada wanita yang menggunakan kondom/lainnya, berpendidikan menengah ke atas, berstatus sosioekonomi rendah, tinggal di perkotaan, dan berumur di bawah 25 tahun. Untuk diskontinu karena alasan berganti alat/metode, lebih cenderung terjadi pada mereka yang memakai kondom/lainnya, berpendidikan menengah ke atas, berstatus sosioekonomi menengah, tinggal di perkotaan, dan berusia di bawah 25 tahun. Untuk yang beralasan berhenti sementara, lebih cenderung terjadi pada mereka yang memakai kondom/lainnya, berpendidikan menengah ke atas, berstatus sosioekonomi rendah, tinggal di perkotaan, dan berusia 35-49 tahun. Kecenderungan risiko tersebut diperoleh dengan memanfaatkan data kalender yang menerangkan riwayat pemakaian kontrasepsi selama lima tahun ke belakang pada setiap wanita, sehingga setiap wanita bisa saja memiliki episode pemakaian kontrasepsi lebih dari sekali. Namun demikian, studi yang dilakukan Steele dan Curtis ini telah memperhitungkan efek random yang ada di dalamnya. Informasi yang tidak bisa diperoleh dari pemodelan yang dilakukan ialah risiko diskontinu pada keseluruhan alasan diskontinu secara umum.

Penghitungan kontinuitas/diskontinuitas pemakaian kontrasepsi juga dapat dilakukan secara bivariat, yaitu dengan menggunakan metode *life table*. Hasil dari penghitungan semacam ini bisa dijadikan sebagai bahan perbandingan dengan penghitungan secara multivariat. Penelitian yang dapat dikatakan telah menyeluruh aspek yang diperhatikannya pernah dilakukan oleh Laing (1985) di Filipina. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa wanita yang kontinuitas pemakaian kontrasepsinya lebih lama di antaranya adalah mereka yang menggunakan IUD, berumur semakin tua, tidak berpendidikan, indeks status rumah tangganya makin tinggi, bekerja di sektor nonmanual, dan tinggal di perkotaan. Sebaliknya, karakteristik yang lebih cepat mengalami diskontinu di



antaranya meliputi mereka yang menggunakan kondom, berumur semakin muda, berpendidikan semakin tinggi, indeks status rumah tangganya makin rendah, tidak bekerja, dan tinggal di perdesaan.

### 2.3 Kerangka Pikir Analisis

Berdasarkan teori dan temuan yang pernah ada, faktor sosioekonomi dan demografi ternyata mempunyai pengaruh terhadap pemakaian suatu alat/metode kontrasepsi. Pendidikan, aktivitas pekerjaan, daerah tempat tinggal, tingkat kekayaan, dan umur ketika memakai suatu alat/metode kontrasepsi berpengaruh terhadap pemakaian suatu alat/metode kontrasepsi tertentu. Karakteristik-karakteristik tersebut juga turut mempengaruhi kontinuitas/diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Selain karakteristik sosioekonomi dan demografi tersebut, pemakaian suatu alat/metode kontrasepsi tertentu juga dapat mempengaruhi diskontinuitas pemakaiannya, misalnya karena kurang efektif, efek sampingan, sukar diperoleh, dan sebagainya.

Di sisi lain, perbedaan kondisi kemajuan daerah yang digambarkan oleh pencapaian pendapatan domestik regional bruto (PDRB) pada tiap kabupaten/kota dapat menunjukkan perbedaan akses, fasilitas, serta sarana dan prasarana infrastruktur antar daerah. Daerah yang PDRB-nya tinggi relatif lebih lengkap sarana dan prasarannya serta fasilitas yang dimilikinya termasuk fasilitas kesehatan. Walaupun daerah yang PDRB-nya rendah sebenarnya menjadi prioritas untuk mendapatkan bantuan, konteks PDRB yang dimaksud dalam studi ini berkaitan dengan akses dan kemudahan dalam mendapatkan pelayanan tersebut. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa kemajuan suatu daerah, yang dalam hal ini pendekatannya menggunakan PDRB kabupaten/kota, berpengaruh secara tidak langsung terhadap pemilihan suatu alat/metode kontrasepsi dan kelangsungan pemakaiannya.

Selain PDRB kabupaten/kota, variabel kontekstual yang diduga juga memiliki pengaruh dalam pemakaian kontrasepsi adalah rasio fasilitas kesehatan dalam setiap 100 pasangan usia subur. Gambaran ini menjelaskan seberapa

banyak fasilitas yang mampu melayani setiap 100 pasangan usia subur dalam pemenuhan kebutuhan pemakaian kontrasepsinya.

Pemakaian suatu alat/metode kontrasepsi akan menentukan efektivitas pemakaiannya. Efektivitas tersebut terjadi ketika berpadunya karakteristik alat/metode itu dengan perilaku penggunaannya. Oleh karena itu, akan dapat diketahui perbedaan efektivitas pemakaian antara alat/metode yang satu dengan alat/metode yang lain. Secara menyeluruh, efektivitas pemakaian kontrasepsi ini juga dapat berperan dalam terjadinya defisit fertilitas.

Alur hubungan yang analisis dalam studi yang tengah dilakukan ini terangkum dalam sebuah kerangka pikir analisis sebagai berikut.



Gambar 2.3 Kerangka Pikir Analisis

## 2.4 Hipotesis

Setelah terumuskan kerangka pikir analisis dari studi yang sedang dilakukan berdasarkan kerangka teori dan studi-studi sebelumnya, pada bagian ini akan dibangun hipotesa penelitian yang merupakan dugaan awal atas penelitian yang dilakukan, yang nantinya akan dilihat apakah akan didukung oleh data yang ada. Selanjutnya, hipotesa ini akan dipaparkan pada paragraf demi paragraf berikut ini.

Pertama, efektivitas pemakaian kontrasepsi merupakan faktor utama penyebab terjadinya defisit fertilitas di Indonesia. Lebih rendahnya TFR yang

dicapai daripada TFR yang diharapkan pada level CPR tertentu, mengindikasikan bahwa pemakaian kontrasepsi lebih efektif daripada yang diduga.

Kedua, alat/metode kontrasepsi yang tergolong alat/metode kontrasepsi jangka panjang, dan selanjutnya dikenal dengan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) seperti IUD dan susuk, merupakan alat kontrasepsi yang pemakaiannya lebih efektif dibandingkan dengan metode kontrasepsi lainnya, sedangkan metode tradisional merupakan metode kontrasepsi yang pemakaiannya kurang efektif. Sebagai alat kontrasepsi jangka panjang, memungkinkan pemakaian MKJP lebih efektif karena sekali pemasangan bisa dipakai dalam jangka waktu yang lama, sedangkan metode tradisional memiliki efektivitas yang lebih rendah karena memerlukan kecermatan yang tinggi dalam menerapkannya.

Ketiga, MKJP juga merupakan kelompok metode kontrasepsi yang kelangsungan pemakaiannya lebih lama, sedangkan metode tradisional merupakan metode kontrasepsi yang lebih cepat mengalami diskontinu. Oleh karena pemakaian MKJP diduga lebih efektif dan merupakan metode jangka panjang, pemakaiannya pun bisa berlangsung lama. Sebaliknya, metode tradisional, yang efektivitas pemakaiannya kurang, akan dipakai dalam jangka waktu yang relatif lebih pendek.

Keempat, seorang wanita yang memiliki karakteristik berpendidikan menengah ke atas, tidak bekerja, tinggal di perkotaan, tingkat kekayaannya rendah, berumur lebih muda, tinggal di daerah yang PDRB kabupaten/kotanya rendah, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS-nya rendah cenderung lebih berisiko mengalami diskontinu daripada mereka yang berpendidikan rendah, bekerja, tinggal di perdesaan, tingkat kekayaannya tinggi, berumur lebih tua, tinggal di daerah yang PDRB kabupaten/kotanya tinggi, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS-nya tinggi.

## BAB 3 METODOLOGI

### 3.1 Sumber Data

Untuk keperluan analisis, dilakukan pengolahan data yang bersumber dari data mentah Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007. Survei ini merupakan survei yang diadakan secara berkala, yang dilaksanakan atas kerja sama antara oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan *Macro International Inc.* Modul yang digunakan adalah modul wanita pernah kawin (SDKI07-WPK), di mana jumlah observasi seluruhnya sebanyak 32.895 responden wanita pernah kawin yang berasal dari 40.701 rumah tangga.

Data SDKI 2007 yang akan dieksploitasi adalah data kalender, tepatnya data pada kolom 1, kolom 3, dan kolom 4. Data kalender merupakan data yang memuat riwayat pemakaian kontrasepsi, kehamilan, kelahiran, dan keguguran seorang wanita selama lima tahun ke belakang, yaitu dari Januari 2002 hingga bulan dilakukannya wawancara. Data kalender kolom 1 digunakan untuk mendapatkan jumlah kelahiran pada selang waktu tertentu dan segmen/episode pemakaian kontrasepsi, data kalender kolom 3 untuk mendapatkan informasi kehamilan yang tidak diketahui, sedangkan data kalender kolom 4 berguna untuk memperoleh banyaknya bulan di mana responden berstatus kawin selama periode tertentu. Jadi, dari data kalender, dapat dilakukan analisis efektivitas pemakaian kontrasepsi (yang dilanjutkan pada analisis defisit fertilitas) dan analisis diskontinuitas pemakaian kontrasepsi.

Selain data kalender, data *cross section* pada SDKI 2007 juga akan dimanfaatkan guna memaparkan kondisi saat itu mengenai pemakaian kontrasepsi yang sedang digunakan. Selain itu, berhubung studi menyertakan variabel kontekstual berupa pendapatan domestik regional bruto (PDRB) kabupaten/kota, sumber data lainnya adalah dari publikasi *Pendapatan Domestik Regional Bruto Kabupaten/Kota di Indonesia 2003-2007* yang diterbitkan oleh Badan Pusat

Statistik. PDRB yang digunakan di sini adalah PDRB non migas atas dasar harga konstan tahun 2007. Data tersebut digabungkan dengan data SDKI 2007, disesuaikan dengan kabupaten/kota yang sesuai. Jumlah kabupaten/kota yang disiapkan data PDRB-nya seluruhnya sebanyak 456 kabupaten/kota.

Selain PDRB, studi ini juga menggunakan variabel kontekstual berupa rasio fasilitas kesehatan per pasangan usia subur (PUS). Informasi mengenai jumlah fasilitas kesehatan pada setiap kabupaten/kota diperoleh dari Pendataan Potensi Desa/Kelurahan dalam rangka Sensus Ekonomi 2006 (SE2006-PODES). Jumlah fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah jumlah dari seluruh fasilitas kesehatan yang ada pada suatu kabupaten/kota, mulai dari rumah sakit, poliklinik, puskesmas, tempat praktek dokter/bidan, posyandu, polindes, apotek, dan toko obat. Adapun untuk data jumlah pasangan usia subur, datanya bersumber dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2006. Tidak digunakannya data SDKI 2007 sebagai sumber data jumlah pasangan usia subur setiap kabupaten/kota disebabkan karena estimasi SDKI 2007 hanya sampai tingkat propinsi.

Kabupaten/kota yang tidak tercakup dalam SE2006-PODES adalah Kabupaten Nias dan Kabupaten Nias Selatan, karena situasi pasca bencana gempa bumi, sedangkan kabupaten/kota yang tidak tercakup dalam Susenas 2006 adalah Kabupaten Bantul, karena alasan yang sama. Dengan demikian, variabel kontekstual rasio fasilitas kesetan per PUS yang dapat disediakan informasinya adalah sebanyak 453 kabupaten/kota. Sebagaimana data PDRB, data rasio fasilitas kesehatan per PUS ini juga digabungkan dengan data SDKI 2007 berdasarkan kabupaten/kota yang sesuai.

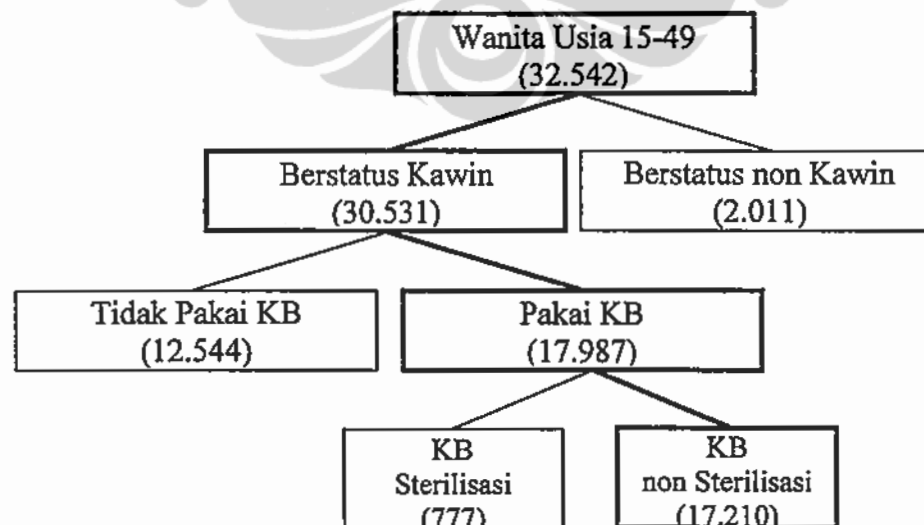
### 3.2 Keterbatasan Data

Data kalender yang tersedia dalam data SDKI hanya mencakup rentang waktu lima tahun ke belakang. Dengan demikian, data mengenai tingkat putus pakai yang diperoleh merupakan peristiwa yang terjadi dalam periode lima tahun tersebut. Apabila terdapat peristiwa seseorang yang pada awal periode itu sudah menggunakan kontrasepsi (tidak diketahui permulaannya) hingga akhir periode

juga demikian (belum berhenti), maka peristiwa ini menunjukkan pemakaian kontrasepsi di atas lima tahun tanpa putus. Dalam studi ini, perlakuan terhadap kasus seperti itu yang paling logis adalah dikeluarkan dari unit analisis, sehingga kelangsungan yang tergambar di sini merupakan kelangsungan dalam periode lima tahun. Probabilita yang diduga atas pemakaian yang masih berlangsung pun juga terbatas sampai lima tahun.

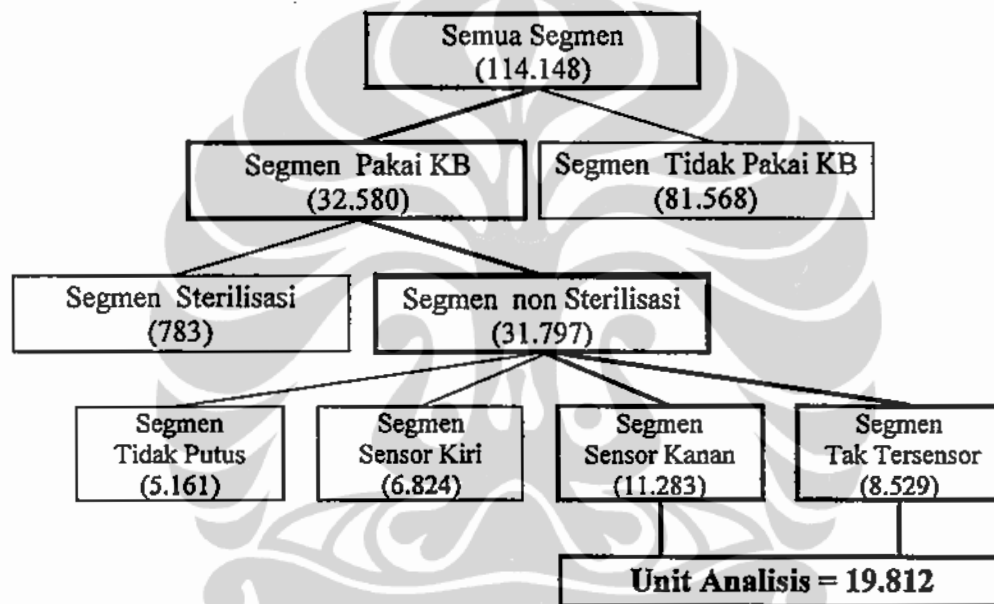
### 3.3 Unit Analisis

Sehubungan dengan tujuan studi yang terfokus pada efektivitas pemakaian kontrasepsi dan diskontinuitasnya, diperlukan unit yang spesifik untuk dianalisis lebih lanjut. Analisis kecenderungan pemakaian kontrasepsi memanfaatkan data *cross section*. Analisis ini menggunakan unit analisis berupa wanita usia 15-49 tahun yang berstatus kawin dan sedang menggunakan alat/metode kontrasepsi non sterilisasi. Dengan tidak mengikutsertakan wanita yang tinggal di Kabupaten Nias, Nias Selatan, dan Bantul, unit analisis yang tercakup seluruhnya berjumlah 17.210 responden. Alur pemilihan unit untuk analisis tersebut sebagaimana Gambar 3.1 berikut.



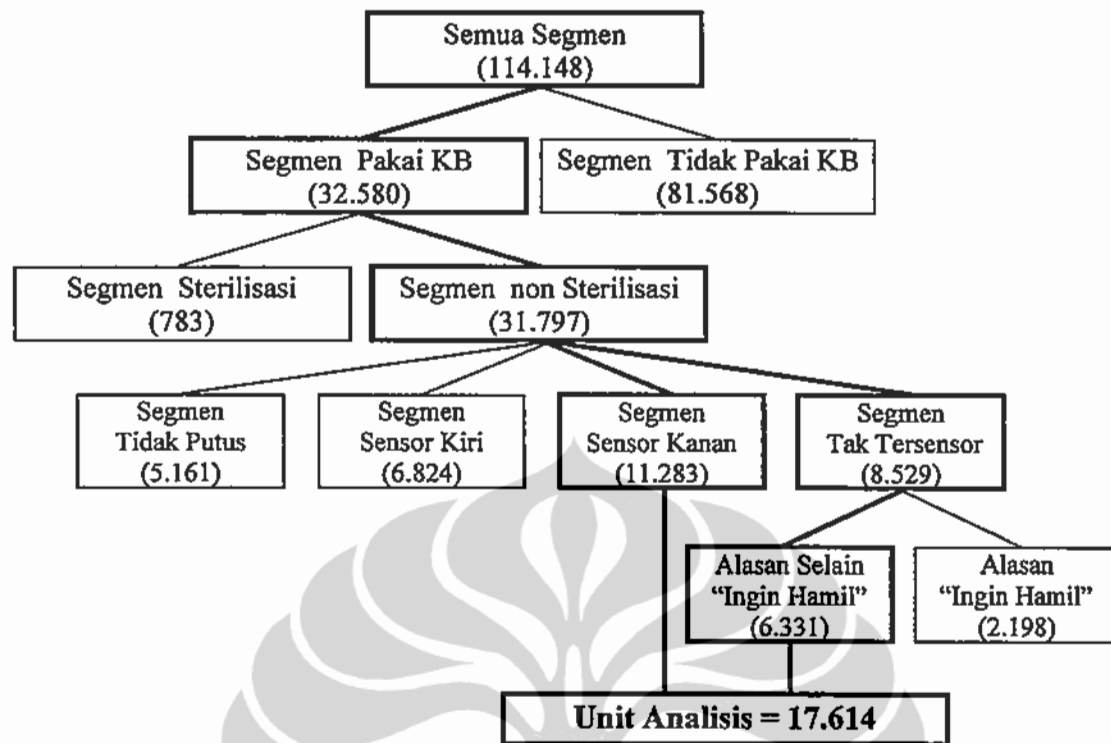
Gambar 3.1 Alur Pemilihan Unit Analisis Logistik

Analisis diskontinuitas pemakaian kontrasepsi, memanfaatkan data kalender yang menggunakan unit analisis berupa episode pemakaian kontrasepsi non sterilisasi pada wanita usia 15-49 tahun, yang diketahui permulaan pemakaiannya. Dengan kondisi demikian, diperoleh jumlah observasi (segmen/episode) sebesar 19.812 segmen (tanpa melibatkan unit yang terdapat pada Kabupaten Nias, Nias Selatan, dan Bantul). Alur pemilihan unit analisisnya sebagaimana Gambar 3.2 berikut.



Gambar 3.2 Alur Pemilihan Unit Analisis Diskontinuitas

Oleh karena alasan diskontinuitas yang lebih mudah dikontrol adalah yang berasal atau timbul dari alat/metode kontrasepsi, maka analisis diskontinuitas ini dilanjutkan dengan mengeluarkan episode pemakaian kontrasepsi yang diskontinu karena ingin hamil. Perlakuan ini mengakibatkan unit analisis yang digunakan menjadi berkurang sebanyak 2.198 segmen, sehingga unit analisisnya menjadi 17.614 segmen. Alur pemilihan unit analisis pada analisis diskontinu yang kedua ini dapat dijelaskan melalui Gambar 3.3 berikut.



Gambar 3.3. Alur Pemilihan Unit Analisis Diskontinuitas  
(Tanpa Alasan Ingin Hamil)

Segmen/episode yang dimaksud di sini adalah suatu masa seseorang menjalani suatu peristiwa yang berkaitan dengan kelahiran, kehamilan, keguguran, dan menggunakan atau tidak menggunakan kontrasepsi. Dari seluruh segmen yang ada, dipilih segmen yang berisi kejadian menggunakan kontrasepsi. Penggunaan kontrasepsi sterilisasi dikeluarkan dari analisis karena masa penggunaan sterilisasi relatif lama sekali, bahkan mungkin penggunaannya untuk selamanya di sisa umur responden. Selanjutnya, dipilih segmen yang permulaan pemakaiannya diketahui, dalam hal ini dinamakan segmen sensor kanan (pemakaian yang berlanjut/kontinu) dan segmen tak tersensor (pemakaian yang diskontinu).

Segmen tak tersensor adalah segmen yang menggambarkan durasi pemakaian kontrasepsi yang sempurna, yaitu awal dan akhirnya diketahui, sedangkan segmen sensor kanan adalah segmen yang hanya diketahui awal pemakaiannya dan tidak diketahui sampai kapan berakhirnya. Sebaliknya, segmen sensor kiri adalah segmen yang hanya diketahui akhir pemakaiannya tanpa diketahui mulai kapan menggunakannya. Adapun segmen tidak putus adalah segmen yang awal dan akhir pemakaian tidak diketahui.



### 3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional atas variabel-variabel yang digunakan dalam studi ini dijelaskan dalam tabel berikut ini.

Tabel 3.1 Definisi, Kategori, dan Sumber Pertanyaan Kuesioner Variabel Analisis

Variabel		Definisi	Kategori	Pertanyaan Kuesioner
Label	Nama			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Durasi KB	TIME	Durasi pemakaian kontrasepsi hingga <i>diskontinu</i>	-	Data Kalender kolom 1
Metode Kontrasepsi	KB	Metode kontrasepsi yang digunakan	1 = MKJP 2 = non MKJP 3 = Metode Tradisional	Data Kalender kolom 1, dan Q311a
Tingkat Pendidikan	EDUC	Tingkat pendidikan yang ditamatkan ibu	1 = Rendah (< SLTP) 2 = Menengah + (SLTP+)	Q107, Q108, Q109
Aktivitas Kerja	WORK	Kegiatan sehari-hari yang dilakukan ibu	1 = Tdk Bekerja 2 = Bekerja	Q707, Q708
Daerah Tempat Tinggal	PLACE	Tipe daerah di mana ibu itu tinggal	1 = Perkotaan 2 = Pedesaan	Blok I Q5
Tingkat Kekayaan	WEALTH	Indeks kekayaan pada rumah tangga wanita tsb.	1 = Tinggi 2 = Sedang 3 = Rrendah	SDKI02-RT: Q18-Q29
Umur	AGE	Umur pada awal episode pemakaian kontrasepsi	1 = 15-24/<25 2 = 25-34 3 = 35-49/35+	Q106, Data Kalender kolom 1
PDRB Kab./Kota	GRDP	PDRB non migas kabupaten.kota atas dasar harga konstan tahun 2007	1 = < Kuartil 1 2 = Kuartil 1 - Median 3 = Median - Kuartil 3 4 = Kuartil 3 +	Data PDRB Kab./Kota
Rasio Fasilitas Kesehatan per PUS	RASIOFK	Jumlah fasilitas kesehatan dalam setiap 100 pasangan usia subur	-	Data Podes dan Data Susenas 2006

### 3.5 Metode Analisis

#### 3.5.1 Analisis Tabulasi Silang

Untuk melihat perbedaan karakteristik tentang keadaan penggunaan metode kontrasepsi di Indonesia, dilakukan analisis deskriptif yang berupa tabulasi silang dengan ukuran persentase. Selain itu, disajikan pula ukuran

pemusatan data seperti rata-rata dan median atas lamanya pemakaian suatu metode kontrasepsi tertentu. Dengan melakukan analisis ini, diharapkan dapat diketahui perbedaan persentase antar kategorik, sehingga dapat mendukung hasil analisis yang lainnya. Yang termasuk dalam analisis ini antara lain sebagai berikut.

- Perbedaan pemakaian kontrasepsi.
- Perbedaan kelangsungan pemakaian kontrasepsi.
- Perbedaan alasan diskontinu pemakaian kontrasepsi.
- Perbedaan durasi pada pemakaian kontrasepsi yang diskontinu.

### 3.5.2 Analisis Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi

Metode penghitungan efektivitas pemakaian kontrasepsi dalam studi ini mengikuti metode tidak langsung yang pernah diajukan oleh Bongaarts dan Rodriguez (1991). Sumber data terpenting dari SDKI 2007 untuk menghitung efektivitas pemakaian kontrasepsi adalah data kalender. Oleh karena penghitungan efektivitas kontrasepsi yang diterapkan di sini menggunakan pendekatan fertilitas, penggunaan data kalender yang dimanfaatkan di sini pun menggunakan rentang waktu referensi angka fertilitas, yaitu tiga tahun (36 bulan) ke belakang. Penghitungan 36 bulan mundur ke belakang tidak menyertakan bulan survei dan dua bulan sebelumnya untuk menghindari adanya kehamilan yang tidak terdeteksi.

Setelah melakukan pengolahan data kalender, efektivitas pemakaian kontrasepsi dapat dihitung dengan tahapan sebagai berikut.

- Input data  $B_k$ ,  $WYL$ , dan  $u_k$

$$p_k = \frac{B_k}{B} \quad (3.1)$$

$$b = \frac{B}{WYL \times 1.000} \quad (3.2)$$

$$f_k^m = \frac{p_k \times b}{120 \times u_k \times a} \quad (3.3)$$

$$e_k = 100 - \frac{f_k^m}{c} \quad (3.4)$$

$$\bullet \quad f_k^y = \frac{12 \times f_k^m}{1 + 0,06 \times f_k^m} \quad (3.5)$$

- di mana:  $B_k$  = jumlah kelahiran ketika memakai metode  $k$ ;  
 $WYL$  = *woman year live*;  
 = jumlah bulan status kawin ("X") dalam kalender dibagi 12;  
 $u_k$  = prevalensi pemakaian kontrasepsi  $k$ ;  
 $B$  = jumlah seluruh kelahiran;  
 $p_k$  = proporsi kelahiran ketika memakai metode  $k$ ;  
 $b$  = tingkat kelahiran marital;  
 $f_k^m$  = tingkat kegagalan bulanan metode  $k$ ;  
 $a$  = proporsi terjadinya konsepsi = 0,83;  
 $e_k$  = tingkat efektivitas pemakaian metode  $k$ ;  
 $c$  = peluang (bulanan) terjadinya konsepsi ketika tidak memakai kontrasepsi = 0,10;  
 $f_k^y$  = tingkat kegagalan tahunan metode  $k$ .

### 3.5.3 Analisis Defisit Fertilitas yang Dijelaskan oleh Efektivitas Kontrasepsi

Efektivitas kontrasepsi yang diperoleh dapat langsung diterapkan untuk menghitung indeks kontrasepsi, baik indeks kontrasepsi hasil observasi maupun indeks kontrasepsi yang diharapkan. Tujuan akhirnya bermuara pada diperolehnya defisit fertilitas yang dijelaskan oleh efektivitas kontrasepsi. Defisit fertilitas yang dijelaskan oleh efektivitas kontrasepsi diperoleh dengan mendapatkan selisih antara defisit fertilitas hasil pengamatan dan defisit fertilitas yang disesuaikan. Fertilitas yang disesuaikan yang dimaksud di sini merupakan angka fertilitas tanpa memperhitungkan efektivitas kontrasepsi. Dengan konsep sebagaimana dijelaskan di atas, defisit fertilitas yang dijelaskan oleh efektivitas kontrasepsi dihitung melalui tahapan penghitungan sebagai berikut.

$$\bullet \quad \text{Defisit obs. TFR} = \text{exp. TFR} - \text{obs. TFR} \quad (3.6)$$

$$\bullet \quad C_c = 1 - 1,08 u e \quad (3.7)$$

$$\bullet \quad C'_c = 1 - 1,08 u e' \quad (3.8)$$

$$\bullet \text{ adj.TFR} = \text{obs.TFR} \times \frac{C'_c}{C_c} \quad (3.9)$$

$$\bullet \text{ Defisit adj. TFR} = \text{exp. TFR} - \text{adj. TFR} \quad (3.10)$$

$$\bullet \text{ Defisit dijelaskan efektivitas kontrasepsi} = \text{Defisit obs. TFR} - \text{Defisit adj. TFR}$$

di mana:  $C_c$  = indeks kontrasepsi hasil observasi;

$C'_c$  = indeks kontrasepsi yang diharapkan;

$u$  = prevalensi pemakaian kontrasepsi;

$e$  = tingkat efektivitas kontrasepsi;

$e'$  = tingkat efektivitas kontrasepsi secara implisit = 0,83;

$\text{obs. TFR}$  = TFR hasil observasi;

$\text{exp. TFR}$  = TFR yang diharapkan;

$\text{adj. TFR}$  = TFR yang disesuaikan.

### 3.5.4 Analisis Multinomial Logistik

Untuk melihat kecenderungan pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif ataupun yang kurang efektif, digunakan analisis multinomial logistik. Penggunaan model multinomial logistik dilakukan karena melibatkan variabel tak bebas berupa variabel kategorik dengan kategori lebih dari dua. Untuk melihat model regresi logistik dikotomi, variabel tak bebas dinyatakan dalam fungsi logit untuk  $Y=1$  dibandingkan dengan fungsi logit  $Y=0$ . Dengan variabel tak bebas berkategori tiga, maka model ini akan dikembangkan menjadi dua persamaan fungsi logit, yaitu:

(i) Fungsi logit untuk  $Y=1$  relatif terhadap fungsi logit untuk  $Y=0$ ;

(ii) Fungsi logit untuk  $Y=2$  relatif terhadap fungsi logit untuk  $Y=0$ .

Oleh karena itu, kategori  $Y=0$  disebut sebagai kategori acuan/pembanding (*reference group*).

Secara umum kategori tersebut dengan  $p$  variabel bebas maka dapat dibentuk dua fungsi logitnya yang dinotasikan sebagai berikut.

$$z_1(x) = \ln \left( \frac{\text{Pr}(Y=1|x)}{\text{Pr}(Y=0|x)} \right) = \beta_{10} + \beta_{11}x_1 + \beta_{12}x_2 + \dots + \beta_{1p}x_p; \quad (3.11)$$

$$z_2(x) = \ln\left(\frac{\Pr(Y=2|x)}{\Pr(Y=0|x)}\right) = \beta_{20} + \beta_{21}x_1 + \beta_{22}x_2 + \dots + \beta_{2p}x_p. \quad (3.12)$$

Dalam model logit dikotomi, fungsi logitnya dapat dituliskan sebagai berikut.

$$z_1(x) = \ln\left(\frac{\Pr(Y=1|x)}{\Pr(Y=0|x)}\right) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_{10} + \beta_{11}x_1 + \beta_{12}x_2 + \dots + \beta_{1p}x_p; \quad (3.13)$$

$$p = \Pr(Y=1|x) = \frac{e^z}{1+e^z}; \quad (3.14)$$

$$1-p = \Pr(Y=0|x) = \frac{1}{1+e^z}. \quad (3.15)$$

Dengan model regresi logistik tiga kategori, probabilitas untuk masing-masing kategori adalah sebagai berikut.

$$p_0 = \Pr(Y=0|x) = \frac{1}{1+e^{z_1(x)}+e^{z_2(x)}}; \quad (3.16)$$

$$p_1 = \Pr(Y=1|x) = \frac{e^{z_1(x)}}{1+e^{z_1(x)}+e^{z_2(x)}}; \quad (3.17)$$

$$p_2 = \Pr(Y=2|x) = \frac{e^{z_2(x)}}{1+e^{z_1(x)}+e^{z_2(x)}}; \quad (3.18)$$

atau

$$\Pr(Y=j|x) = \frac{e^{z_j(x)}}{\sum_0^2 e^{z_j(x)}}, \text{ di mana } j=0,1,2 \text{ dan } z_0(x)=0. \quad (3.19)$$

Untuk mengestimasi parameter yang tidak diketahui dalam model, dilakukan estimasi dengan *maximum likelihood*. Untuk membangun fungsi *likelihood* perlu dibentuk 3 variabel biner dengan kode 0 atau 1 yang menandakan kelompok unit penelitian. Ditekankan bahwa variabel ini hanya untuk menerangkan fungsi *likelihood* dan tidak digunakan dalam model regresi logistik multinomial. Variabel-variabel tersebut kemudian diberi kode sebagai berikut.

Y	Y <sub>0</sub>	Y <sub>1</sub>	Y <sub>2</sub>
Y=0	1	0	0
Y=1	0	1	0
Y=2	0	0	1

Penentuan nilai  $Y_j$  yang diperhatikan tidak ada ketentuan baku, karena jumlah semua variabel ini adalah  $\sum_{j=0}^2 Y_j = 1$ .

Fungsi *likelihood* bersyarat dengan sampel  $n$  observasi bebas adalah:

$$l(\beta) = \prod_{i=1}^n [\pi_0(x_i)^{y_{0i}} \pi_1(x_i)^{y_{1i}} \pi_2(x_i)^{y_{2i}}]. \quad (3.20)$$

Kemudian log fungsi *likelihood*nya dan gunakan  $\sum_{j=0}^2 Y_j = 1$  untuk masing-masing  $i$ , sehingga diperoleh:

$$Lnl(\beta) = \sum y_{1i} z_1(x_i) + y_{2i} z_2(x_i) - \ln(1 + e^{z_1(x_i)} + e^{z_2(x_i)}). \quad (3.21)$$

Rumus *likelihood* ditemukan dengan menurunkan  $Lnl(\beta)$  untuk masing-masing  $2(p+1)$  parameter yang tidak diketahui. Untuk menyederhanakannya,  $\pi_{ji} = \pi_j(x_i)$ . Secara umum diperoleh:

$$\frac{\partial Lnl(\beta)}{\partial \beta_{jk}} = \sum_{i=1}^n x_{ki} (y_{ji} - \pi_{ji}) \quad ; \quad (3.22)$$

di mana  $j = 1, 2$  dan  $k = 0, 1, 2, \dots, p$  dengan  $x_{0i} = 1$  untuk masing-masing subjek.

Dalam model regresi logistik tiga kategori, dapat dituliskan persamaan modelnya sebagai berikut.

$$\ln\left(\frac{p_1}{p_0}\right) = z_1 = \hat{\beta}_{10} + \hat{\beta}_{11} x_1 + \hat{\beta}_{12} x_2 + \dots + \hat{\beta}_{1p} x_p. \quad (3.23)$$

$$\ln\left(\frac{p_2}{p_0}\right) = z_2 = \hat{\beta}_{20} + \hat{\beta}_{21} x_1 + \hat{\beta}_{22} x_2 + \dots + \hat{\beta}_{2p} x_p. \quad (3.24)$$

#### 3.5.4.1 Odds Ratio

Dalam regresi model multinomial logistik, nilai  $P_1/P_0$  dan  $P_2/P_0$  bukanlah *odds*, karena pembilang dan penyebut bukan penjumlahan satu sama lain. Lebih tepat jika disebut *improper odds*. Namun, bagaimanapun juga seperti penggunaan biasa, bisa tetap dinyatakan secara sederhana sebagai *odds*. Masing-masing *odds* penyebutnya merupakan probabilita dari kategori pembanding dari variabel terikatnya (Rutherford and Choe, 1996).

Untuk mengetahui seberapa besar kecenderungan kategori yang satu dibandingkan kategori lainnya dari variabel bebas pada variabel terikat tertentu terhadap variabel terikat pembandingnya, digunakan *odds ratio*.

$$Odds Ratio_j(x, x_0) = \frac{P(Y = j | x) / P(Y = 0 | x)}{P(Y = j | x_0) / P(Y = 0 | x_0)}, j = 1, 2 \quad (3.25)$$

### 3.5.4.2 Rancangan Model Multinomial Logistik

Sebelum dinyatakan dalam persamaan model, variabel-variabel bebas yang berbentuk kategorik terlebih dahulu perlu didefinisikan dalam bentuk variabel *dummy*. Meskipun dalam *software* hal ini secara otomatis akan terbentuk, untuk memudahkan dalam analisisnya, perlu dibentuk variabel *dummy* tersebut. Variabel *dummy* merupakan modifikasi variabel bebas sehingga bernilai 1 dan 0. Nilai satu menunjukkan kategori yang menjadi perhatian, sedangkan nilai nol menunjukkan kategori lainnya. Jika suatu kategori nilainya nol semuanya, maka kategori tersebut adalah kategori pembanding. Berikut pembentukan variabel *dummy* tersebut.

Tabel 3.2 Pembentukan Variabel *Dummy* untuk Multinomial Logistik

Variabel dan Kategori	Variabel <i>Dummy</i>			
	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>Tingkat Pendidikan (EDUC)</b>		<u>EDUC1</u>		
Rendah		1		
Menengah ke atas		0		
<b>Aktivitas Kerja (WORK)</b>		<u>WORK1</u>		
Tidak Bekerja		1		
Bekerja		0		
<b>Daerah Tempat Tinggal (PLACE)</b>		<u>PLACE1</u>		
Perkotaan		1		
Pedesaan		0		
<b>Tingkat Kekayaan (WEALTH)</b>		<u>WEALTH1</u>	<u>WEALTH2</u>	
Tinggi		1	0	
Sedang		0	1	
Rendah		0	0	
<b>Umur (AGE)</b>		<u>AGE1</u>	<u>AGE2</u>	
15-25		1	0	
25-34		0	1	
35-49		0	0	

Tabel 3.2 (sambungan)

Variabel dan Kategori	Variabel Dummy			
	(1)	(2)	(3)	(4)
PDRB Kab./Kota (GRDP)		<u>GRDP1</u>	<u>GRDP2</u>	<u>GRDP3</u>
< Kuartil 1		1	0	0
Kuartil 1 – Median		0	1	0
Median – Kuartil 3		0	0	1
Kuartil 3 +		0	0	0

Selanjutnya, persamaan regresi logistik yang dapat disusun adalah sebagai berikut.

$$\ln\left(\frac{p_1}{p_0}\right) = \hat{\beta}_{10} + \hat{\beta}_{11}EDUC1 + \hat{\beta}_{12}WORK1 + \hat{\beta}_{13}PLACE1 + \hat{\beta}_{14}WEALTH1 + \hat{\beta}_{15}WEALTH2 \\ + \hat{\beta}_{16}AGE1 + \hat{\beta}_{17}AGE2 + \hat{\beta}_{18}GRDP1 + \hat{\beta}_{19}GRDP2 + \hat{\beta}_{110}GRDP3 + \hat{\beta}_{111}RASIOFK \quad (3.26)$$

$$\ln\left(\frac{p_2}{p_0}\right) = \hat{\beta}_{20} + \hat{\beta}_{21}EDUC1 + \hat{\beta}_{22}WORK1 + \hat{\beta}_{23}PLACE1 + \hat{\beta}_{24}WEALTH1 + \hat{\beta}_{25}WEALTH2 \\ + \hat{\beta}_{26}AGE1 + \hat{\beta}_{27}AGE2 + \hat{\beta}_{12}GRDP1 + \hat{\beta}_{29}GRDP2 + \hat{\beta}_{210}GRDP3 + \hat{\beta}_{211}RASIOFK \quad (3.27)$$

di mana:

$$p_0 = \Pr(Y = 0 | x) = \frac{1}{1 + e^{z_1} + e^{z_2}} = \text{probabilita pemakaian non MKJP}; \quad (3.28)$$

$$p_1 = \Pr(Y = 1 | x) = \frac{e^{z_1}}{1 + e^{z_1} + e^{z_2}} = \text{probabilita pemakaian metode tradisional}; \quad (3.29)$$

$$p_2 = \Pr(Y = 2 | x) = \frac{e^{z_2}}{1 + e^{z_1} + e^{z_2}} = \text{probabilita pemakaian MKJP}. \quad (3.30)$$

### 3.5.4.3 Uji Signifikansi Statistik

Dalam model regresi logistik multinomial dilakukan beberapa uji signifikansi statistik. Uji tersebut antara lain adalah uji signifikansi model dan uji parameter model. Masing-masing pengujian tersebut dijelaskan sebagai berikut.



- **Uji Sugnifikansi Model**

$$H_0: \beta_{11} = \beta_{12} = \dots = \beta_{21} = \beta_{22} = \dots = \beta_{jk} = 0$$

$$H_1: \text{sekurang-kurangnya terdapat satu } \beta_{jk} \neq 0$$

Statistik uji yang digunakan:

$$G = -2 \ln \left[ \frac{\text{likelihood}(\text{Model B})}{\text{likelihood}(\text{Model A})} \right] \quad (3.31)$$

Model B: model yang hanya terdiri dari konstanta

A: model yang terdiri dari seluruh variabel

G berdistribusi khi kuadrat dengan derajat bebas  $J(K-1)$  yaitu banyaknya parameter yang tidak diketahui kecuali konstanta (*intercept*) untuk kedua model logit.

$H_0$  ditolak jika  $G > \chi_{\alpha, df}^2$ ;  $\alpha$  adalah tingkat signifikansi

Jika  $H_0$  ditolak berarti model A signifikan pada tngkat signifikansi  $\alpha$ .

- **Uji Wald: Uji signifikansi tiap-tiap parameter**

$$H_0: \beta_{jk} = 0 \text{ untuk suatu jenis } j, k \text{ tertentu; } j = 1, 2 \text{ dan } k = 0, 1, \dots, p$$

$$H_1: \beta_{jk} \neq 0$$

Statistik uji yang digunakan:

$$W_{jk} = \left[ \frac{\hat{\beta}}{SE(\hat{\beta})} \right]^2 \quad (3.32)$$

Statistik ini berdistribusi Khi kuadrat dengan derajat bebas satu.

$H_0$  ditolak jika nilai  $W_{jk} > \chi_{\alpha, 1}^2$ ; dengan  $\alpha$  adalah tingkat signifikansi yang dipilih.

Artinya, parameter tersebut signifikan secara statistik pada tingkat signifikansi  $\alpha$ .

### 3.5.5 Analisis Survival

Untuk mengukur diskontinuitas pemakaian kontrasepsi, digunakan metode analisis berupa Analisis Survival (*Survival Analysis*). Analisis survival meneliti objek yang 'gagal' dan objek yang belum 'gagal' sebagai unit analisisnya. 'Gagal' di sini mempunyai arti suatu kejadian yang akhirnya berhenti. Dalam konteks studi ini, yang dimaksud 'gagal' yaitu berhentinya pemakaian suatu metode kontrasepsi, yang dikenal dengan istilah diskontinu.

Apabila pemakaian kontrasepsi masih terus berlanjut, tidak dapat dikatakan sebagai objek yang diskontinu. Objek yang tidak diskontinu tergolong sebagai sensor (sensor kanan). Sensor ini tetap diperhitungkan karena memiliki peluang untuk diskontinu, di mana peluang tersebut dapat diketahui berdasarkan pola yang dibentuk oleh objek yang diskontinu.

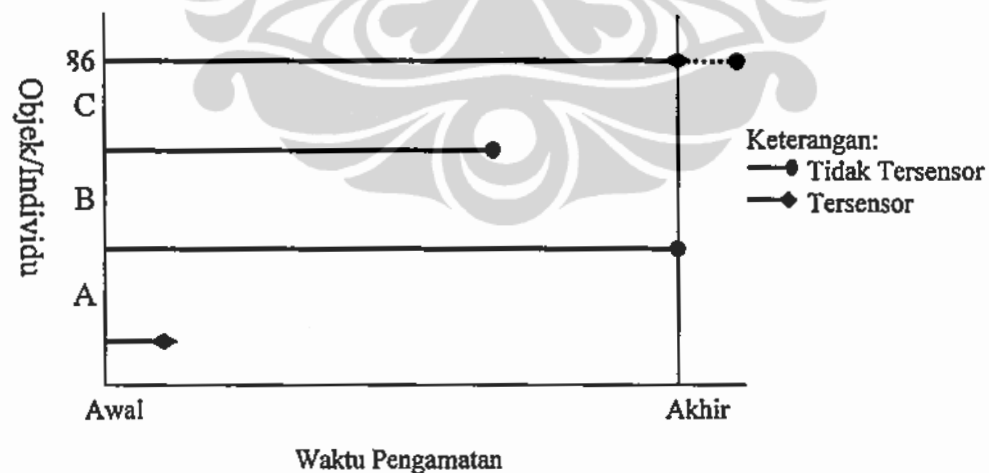
Cara-cara dalam melakukan penyensoran data adalah sebagai berikut.

**a. Tersensor Secara Tunggal (*Singly Censored*)**

Suatu objek dikatakan tersensor secara tunggal jika penelitian dimulai dan dihentikan pada waktu tertentu, walaupun belum semua *survival status* individunya gagal, mati, atau rusak. Cara melakukan sensornya adalah dengan membatasi periode penelitian atau menunggu sampai sejumlah individu gagal, mati, atau rusak. Berikut tipe-tipe data tersensor secara tunggal.

• **Tersensor Tipe I**

Suatu data termasuk dalam kategori tersensor tipe I apabila waktu penelitian telah ditentukan dalam selang waktu tertentu. Objek atau individu yang tersensor adalah objek/individu yang belum mengalami “kegagalan” hingga batas waktu yang ditentukan, atau objek/individu yang karena sesuatu hal tidak dapat lagi diamati, walaupun belum sampai pada batas akhir penelitian.



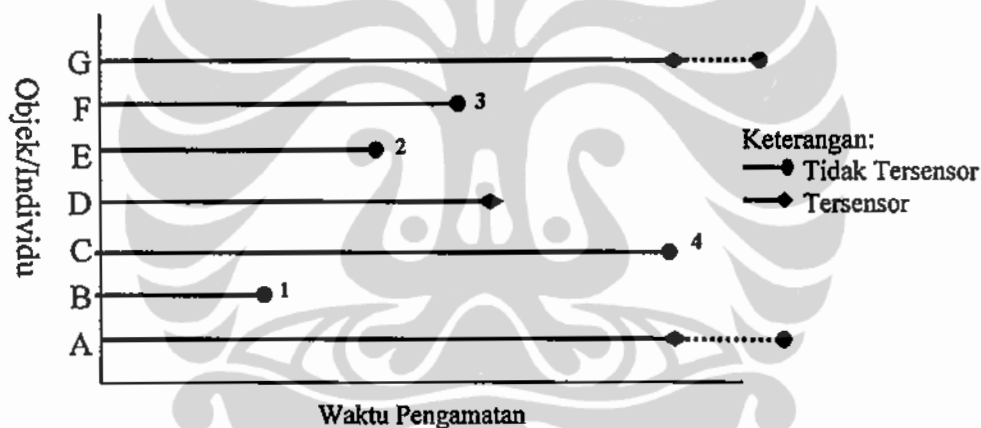
Gambar 3.4 Ilustrasi Data Tersensor Tipe I

Misalnya, dalam selang waktu yang ditentukan awal dan akhirnya, akan diteliti pemakaian kontrasepsi pada empat wanita A, B, C, dan D. Ternyata wanita A tidak dapat diamati lebih lanjut karena mengalami kematian sebelum periode berakhir, wanita B menghentikan pemakaiannya sebelum periode berakhir, wanita

C menghentikan pemakaiannya di akhir periode, dan wanita D pada saat pengamatan berakhir masih tetap memakai kontrasepsi. Wanita B dan C termasuk dalam data tidak tersensor, sedangkan wanita A dan D merupakan data tersensor. Tersensornya wanita D tergolong dalam kasus *withdrawn alive*, sedangkan tersensornya wanita A tergolong dalam kasus *lost to follow up*.

- **Tersensor Tipe II**

Suatu data dikategorikan tersensor tipe II apabila objek/individu masuk ke dalam penelitian pada waktu yang sama dan penelitian dihentikan jika sejumlah objek/individu yang telah ditentukan mengalami “kegagalan”. Sisa objek/individu yang belum “gagal” setelah target telah terpenuhi, dikategorikan sebagai data tersensor. Demikian pula dengan objek/individu yang karena sesuatu hal tidak dapat lagi diamati, juga dinyatakan sebagai data tersensor.

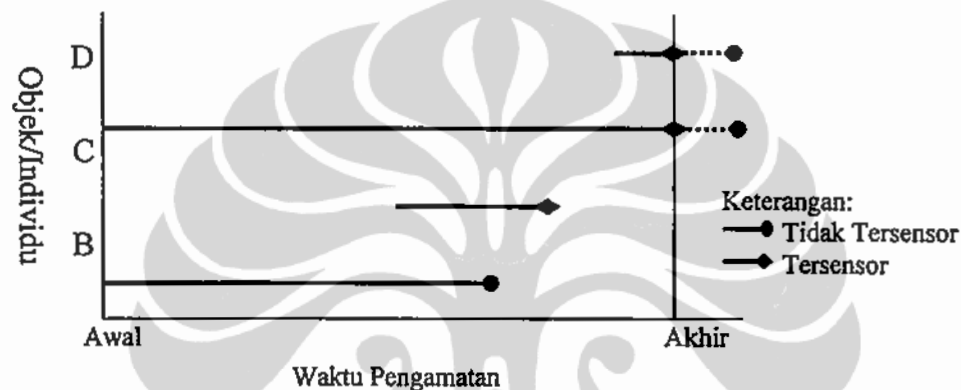


Gambar 3.5 Ilustrasi Data Tersensor Tipe II

Misalnya, dilakukan penelitian tentang diskontinuitas pemakaian kontrasepsi terhadap tujuh wanita. Penelitian akan berakhir jika telah tercapai diskontinu pemakaian kontrasepsi sebanyak empat orang. Ternyata sampai waktu tertentu, terdapat empat wanita yang diskontinu (wanita B, E, F, dan C), dan pada saat yang bersamaan wanita A dan G masih tetap memakai kontrasepsi, sedangkan wanita D tidak dapat diamati lebih lanjut karena setelah kejadian diskontinu pada wanita yang ketiga, ia melakukan perpindahan ke tempat lain. Empat wanita yang diskontinu pemakaiannya (B, E, F, dan C) termasuk sebagai data tidak tersensor, sedangkan wanita A, G, dan D tergolong sebagai data tersensor. Wanita A dan G termasuk tersensor dalam kasus *withdrawn alive*, sedangkan wanita D tergolong tersensor dalam kasus *lost to follow up*.

### b. Tersensor Secara Progresif (*Progressively Censored Data*)

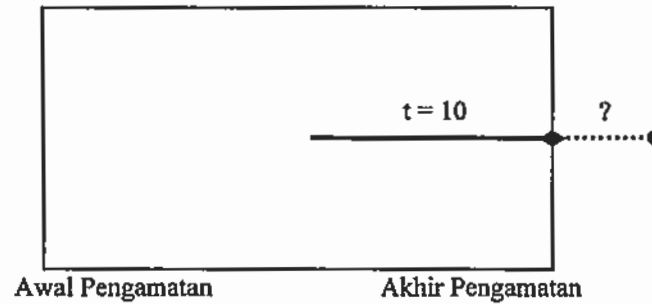
Suatu objek atau individu termasuk sebagai data tersensor secara progresif atau *random censoring* jika setiap individu masuk ke dalam periode penelitian pada waktu yang berbeda-beda. Meskipun terdapat objek/individu yang tidak dapat diamati secara penuh, objek/individu yang tersensor yaitu tetap yang belum mengalami “kegagalan” hingga batas waktu yang ditentukan, atau objek/individu yang karena sesuatu hal tidak dapat lagi diamati, walaupun belum sampai pada batas akhir penelitian.



Gambar 3.6 Ilustrasi Data Tersensor Secara Progresif

Misalnya, selama periode penelitian mengenai diskontinuitas pemakaian kontrasepsi terdapat empat wanita yang masuk ke dalam pengamatan. Wanita A dan C masuk sejak awal penelitian, wanita B masuk mulai pertengahan periode, dan wanita D masuk menjelang masa penelitian berakhir. Wanita A mengalami diskontinu sebelum periode berakhir, wanita B tidak dapat diamati lebih lanjut karena mengalami kematian, wanita C dan D hingga akhir periode masih memakai kontrasepsi. Dengan demikian, dapat ditentukan bahwa wanita A tidak tersensor, wanita B tersensor *lost to follow up*, wanita C dan D tersensor *withdrawn alive*.

Dari pemberlakuan data tersensor dan tidak tersensor inilah yang menunjukkan keunggulan penggunaan analisis survival untuk data yang melibatkan durasi waktu. Sebagai ilustrasi, gambar berikut memperlihatkan sebuah kasus yang seharusnya tersensor. Bagaimanakah perlakuan terhadap objek tersebut pada setiap metode analisis?

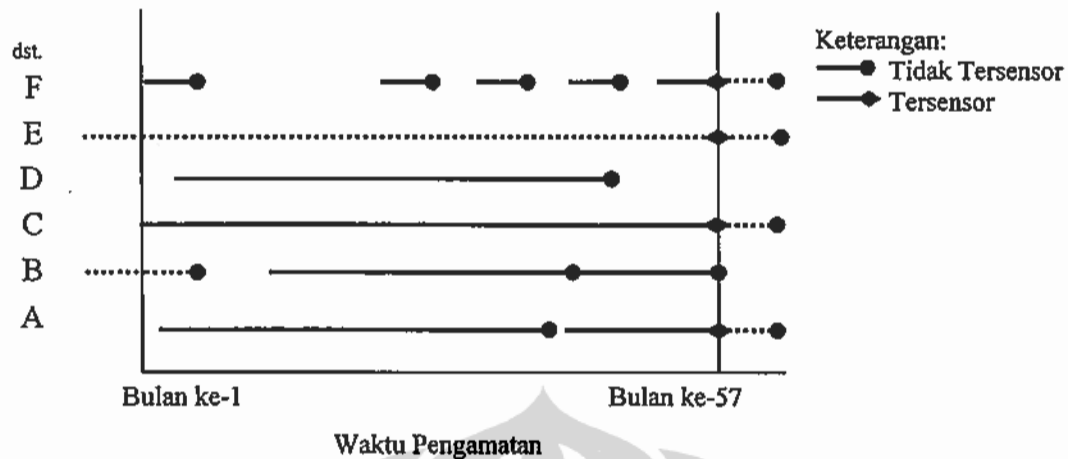


Gambar 3.7 Ilustrasi Kasus Tersensor

Dalam metode selain analisis survival, jika kasus tersebut dimasukkan dalam model, akan terbaca memiliki durasi/waktu sebesar 10. Apabila kasus tersebut tidak dikehendaki dalam model, pilihan yang mungkin yaitu dikeluarkan dari unit analisis, yang berakibat berkurangnya sampel atau jumlah observasinya. Lain halnya dengan analisis survival, kasus tersebut tetap dilibatkan dalam model dengan status sebagai data tersensor, yang nilai durasinya tidaklah dibaca 10, tetapi diduga peluang berakhirnya berdasarkan kasus-kasus yang tidak tersensor yang memiliki karakteristik yang sama. Selain itu, karena analisis survival ini di dalamnya terdapat analisis inferensia, akan sangat baik untuk melihat diskontinuitas pemakaian kontrasepsi, karena variabel lain secara bersama-sama dapat diperhitungkan.

Adapun penentuan sensor dalam studi ini merujuk pada pemakaian kontrasepsi dalam interval waktu yang telah ditentukan yaitu lima tahun ke belakang dari bulan dilaksanakannya survei. Bulan terakhir sebagai akhir periode idealnya adalah bulan pada saat dilakukan wawancara, sehingga awal periodenya tinggal dihitung mundur ke belakang selama 60 bulan. Namun, untuk menghindari adanya kehamilan yang tidak terdeteksi, periode tersebut dipotong tiga bulan, yaitu dengan tidak menyertakan bulan saat dilakukan wawancara ditambah dengan dua bulan sebelumnya. Dengan demikian, interval waktu yang diamati menjadi 57 bulan.

Kaidah yang digunakan untuk penentuan sensor dalam studi ini yaitu menggunakan data tersensor secara progresif, karena unit analisis yang digunakan berupa episode pemakaian kontrasepsi, di mana episode tersebut bisa muncul kapan saja selama periode waktu pengamatan. Jika dituangkan dalam bentuk diagram, penentuan sensor dalam studi ini adalah sebagai berikut.



Gambar 3.8. Penentuan Sensor Analisis Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi

Episode/segmen pemakaian kontrasepsi yang tidak tersensor yaitu episode/segmen yang bermula dan berakhir dalam rentang waktu 57 bulan tersebut. Episode/segmen yang tersensor (sensor kanan) yaitu segmen yang bermula pada rentang waktu tersebut, tetapi berakhirnya setelah bulan ke-57. Dalam hal ini, penggunaan kontrasepsi pada bulan ke-57 dibandingkan dengan bulan bulan ke-58. Kategori tersensor terpenuhi jika pada kedua bulan tersebut menunjukkan pemakaian kontrasepsi dari jenis yang sama. Oleh karena pemakaian kontrasepsi dalam studi ini dikategorikan dalam kelompok pemakaian MKJP, non MKJP, dan metode tradisional, pergantian metode dalam kategori yang sama juga termasuk dalam “jenis yang sama” yang dimaksud pada kalimat sebelum ini.

Cakupan analisis survival ini meliputi Metode Kaplan-Meier, yang di dalamnya mencakup fungsi ketahanan dan fungsi hazard, yang dilanjutkan dengan analisis dari model *Cox Regression*. Berikut dijelaskan penggunaan metode-metode tersebut.

### 3.5.5.1 Metode Kaplan-Meier

- **Fungsi Ketahanan**

Fungsi Ketahanan menunjukkan peluang suatu objek dapat bertahan lebih lama dari waktu  $t$ , yang secara matematis dinotasikan dengan  $S(t)$ , sehingga dapat dinyatakan sebagai persamaan berikut.

$$S(t) = P(\text{objek bertahan lebih lama dari waktu } t) \quad (3.33)$$

$$S(t) = P(T > t) \quad (3.34)$$

$$S(t) = \frac{\text{jumlah objek yang bertahan lebih lama dari waktu } t}{\text{jumlah objek keseluruhan}} \quad (3.35)$$

Adapun estimasi fungsi ketahanan pada Metode Kaplan-Meier adalah sebagai berikut.

$$\hat{S}(t_i) = \prod_{t_j < t_i} \left( 1 - \frac{d_j}{r_j} \right) \quad (3.36)$$

di mana:  $\hat{S}(t_i)$  = estimasi fungsi ketahanan pada waktu  $t$ ;

$t_i$  = waktu ke- $i$  yang telah diurutkan;

$d_i$  = jumlah objek gagal pada waktu ke- $i$ ;

$r_i$  = jumlah objek berisiko gagal pada waktu ke- $i$ .

Secara sederhana, melalui fungsi ketahanan ini, dapat diungkapkan kategori mana dari suatu variabel yang lebih lama pemakaian kontrasepsinya dan kategori mana yang objek-objeknya hanya bertahan sampai waktu tertentu.

#### • Fungsi Hazard

Selain fungsi ketahanan yang membicarakan seberapa lama seseorang dengan karakteristik tertentu bisa bertahan menggunakan kontrasepsi, dikenal juga fungsi yang membicarakan seberapa cepat seseorang dengan karakteristik tertentu berhenti (diskontinu) dari menggunakan kontrasepsi. Fungsi itu dinamakan dengan fungsi hazard. Fungsi Hazard juga memberikan gambaran peluang 'gagal' (diskontinu) pada interval waktu yang pendek, yang secara matematis dinotasikan dengan  $h(t)$ , sedangkan estimasinya dinyatakan sebagai berikut.

$$\hat{H}(t_i) = -\ln(\hat{S}(t_i)) \quad (3.37)$$

$$h(t) = \frac{\text{jumlah objek yang gagal dalam interval per satu unit waktu}}{\text{jumlah objek yang bertahan pada waktu } t} \quad (3.38)$$

Seperti halnya fungsi ketahanan, fungsi hazard ini secara sederhana juga dapat menginterpretasikan objek dengan kategori yang mana yang lebih cepat diskontinu dan seberapa cepat kenaikan peluang diskontinunya hingga akhirnya objek tersebut habis pada waktu tertentu.

#### 3.5.5.2 Model Cox Regression

Regresi Cox, yang juga biasa disebut dengan *Proportional Hazard Model* atau *Duration Model*, didesain untuk menganalisis suatu kejadian yang berkenaan dengan waktu. Maka dari itu, variabel tidak bebas yang digunakan dalam Regresi Cox terkait dengan durasi kejadian ‘gagal’ (diskontinu) (Yamaguchi, 1991). Sebagaimana halnya regresi pada umumnya, Regresi Cox ini juga bertujuan untuk mengetahui pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel tidak bebasnya. Namun, *Cox Regression* ini juga menunjukkan perbedaan risiko terjadinya ‘kegagalan’ (diskontinu) antara satu kategorik variabel bebas dengan kategorik pembanding.

Terkait dengan penyebutannya sebagai *Proportional Hazard Model*, disebabkan karena variabel terikat yang digunakan merupakan Fungsi Hazard, yang secara matematis bentuk persamaannya dituliskan sebagai berikut.

$$h(t | X) = h_0(t) \exp\left(\sum_{i=1}^p \beta_i x_i\right) \quad (3.39)$$

di mana:  $h(t | X)$  = Fungsi Hazard pada waktu dan variabel bebas tertentu;

$h_0(t)$  = Fungsi Hazard dasar;

$\beta_i$  = koefisien regresi variabel bebas ke- $i$ ;

$x_i$  = variabel bebas ke- $i$ .

Teknik estimasi yang digunakan dalam Regresi Cox ini adalah *Maximum Likelihood Estimation* (MLE). Berdasarkan MLE tersebut, dinyatakan bahwa selama data yang digunakan berasal dari populasi yang sama,  $h_0(t)$  tidak perlu diestimasi. Dengan demikian, secara praktis Model Regresi Cox dapat dinyatakan dalam bentuk yang lebih sederhana sebagai berikut.

$$h(t | X) = \exp\left(\sum_{i=1}^p \beta_i x_i\right) \quad (3.40)$$

#### • Uji Kesesuaian Model

Uji kesesuaian model (*goodness of fit*) ini sama dengan uji koefisien regresi secara keseluruhan. Pengujian ini dilakukan untuk melihat apakah dari beberapa koefisien regresi yang didapat, paling tidak ada sebuah saja yang signifikan. Untuk menguji kelayakan model (*goodness of fit*), melalui tahapan pengujian sebagai berikut.

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \dots = \beta_p = 0$$



$H_1$ : paling tidak ada satu  $\beta_p$  yang  $\neq 0$

Statistik Uji: Statistik Log Likelihood

$$\chi^2 = -2(\ln L_{p-r} - \ln L_p) \quad (3.41)$$

$L_{p-r}$  = Likelihood Model Reduksi  
(dengan mengeluarkan variabel bebas sebesar  $r$ );

$L_p$  = Likelihood Model Penuh.

Keputusan: Tolak  $H_0$  jika  $\chi^2 > \chi_{\alpha(p, n-p-1)}$  atau  $p\text{-value (sign.)} > \alpha$ .

#### • Uji Parameter Model

Uji parameter model atau uji koefisien regresi secara parsial yaitu melakukan pengujian signifikansi masing-masing koefisien regresi. Pengujian ini sama dengan Uji-t dalam regresi. Namun, dalam Model *Cox Regression*, pengujian ini dinamakan dengan Uji Wald (sama dengan pengujian parameter dalam Model Logit).

Parameter model atau koefisien setiap variabel bebas, masing-masing diuji dengan pengujian sebagai berikut.

$$H_0: \beta_i = 0; \quad i = 1, 2, 3, \dots, p$$

$$H_1: \beta_i \neq 0$$

Statistik uji: Statistik Wald

$$W = \left( \frac{\hat{\beta}_i}{se(\hat{\beta}_i)} \right) \quad (3.42)$$

di mana:

$\hat{\beta}_j$  = estimasi koefisien variabel bebas ke- $i$ ;

$se(\hat{\beta}_j)$  = standar error estimasi koefisien variabel bebas ke- $i$ .

Keputusan: Tolak  $H_0$  jika  $W > \chi_{\text{tabel}(df=1)}^2$

#### • Rancangan Model

Satu hal yang perlu diperhatikan dalam Regresi Cox ialah penerapan variabel bebas yang umumnya berbentuk kategorik, sehingga ketika digunakan dalam model regresi harus ditransformasikan dalam bentuk variabel *dummy*. Untuk itu, sebelum masuk ke dalam model, terlebih dahulu perlu dibuat variabel *dummy* yang diperlukan. Pembentukan variabel *dummy* ini sekaligus menentukan kategori acuan sebagai pembanding atas kategori lainnya, sehingga perlu

dijelaskan terlebih dahulu bagaimana variabel *dummy* yang terbentuk. Adapun pembentukan variabel *dummy* yang dilakukan sebagaimana pada analisis multinomial logistik, tetapi ditambah dengan variabel alat/metode kontrasepsi. Untuk lebih jelasnya, pembentukan variabel *dummy* ini disajikan dalam Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Pembentukan Variabel *Dummy* untuk *Cox Regression*

Variabel dan Kategori	Variabel <i>Dummy</i>			
	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>Alat/metode kontrasepsi (KB)</b>		<b>KB1</b>	<b>KB2</b>	
Non MKJP		1	0	
Metode Tradisional		0	1	
MKJP		0	0	
<b>Tingkat Pendidikan (EDUC)</b>		<b>EDUC1</b>		
Rendah		1		
Menengah ke atas		0		
<b>Aktivitas Kerja (WORK)</b>		<b>WORK1</b>		
Tidak Bekerja		1		
Bekerja		0		
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>		<b>PLACE1</b>		
Perkotaan		1		
Pedesaan		0		
<b>Tingkat Kekayaan (WEALTH)</b>		<b>WEALTH1</b>	<b>WEALTH2</b>	
Tinggi		1	0	
Sedang		0	1	
Rendah		0	0	
<b>Umur (AGE)</b>		<b>AGE1</b>	<b>AGE2</b>	
15-25		1	0	
25-34		0	1	
35-49		0	0	
<b>PDRB Kab./Kota (GRDP)</b>		<b>GRDP1</b>	<b>GRDP2</b>	<b>GRDP3</b>
< Kuartil 1		1	0	0
Kuartil 1 – Median		0	1	0
Median – Kuartil 3		0	0	1
Kuartil 3 +		0	0	0

Berkenaan dengan model teoritis yang sebelumnya dibahas di awal pengenalan Regresi Cox dan berdasarkan variabel-variabel penelitian yang telah ditetapkan, model yang diajukan dalam studi ini adalah sebagai berikut.

$$H(\text{TIME}|X) = \exp(\beta_1\text{KB1} + \beta_2\text{KB2} + \beta_3\text{EDUC1} + \beta_4\text{WORK1} + \beta_5\text{PLACE1} + \beta_6\text{WEALTH1} + \beta_7\text{WEALTH2} + \beta_8\text{AGE1} + \beta_9\text{AGE2} + \beta_{10}\text{GRDP1} + \beta_{11}\text{GRDP2} + \beta_{12}\text{GRDP3} + \beta_{13}\text{RASIOFK}) \quad (3.43)$$

### 3.6 Keterbatasan Studi

### 3.6.1 Penggunaan *Proximate Determinant*

Pembahasan mengenai penurunan fertilitas tidak dapat dipisahkan dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya secara langsung. Faktor-faktor tersebut biasa dikenal sebagai faktor-faktor antara atau *proximate determinant*. Proximate determinant pertama kali diperkenalkan oleh Davis dan Blake (1956), yang mengajukan 11 faktor antara yang dikelompokkan dalam tiga bagian, yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan *intercourse*, konsepsi, dan gestasi. Terdapat enam faktor yang berhubungan dengan *intercourse*, antara lain: (1) umur memulai hubungan kelamin, (2) selibat permanen (proporsi wanita yang tidak pernah berhubungan kelamin), (3) lamanya berstatus kawin, (4) abstinen sukarela, (5) abstinen terpaksa (sakit, berpisah sementara, dll.), dan (6) frekuensi hubungan kelamin. Adapun yang berkaitan dengan konsepsi ada tiga faktor, yaitu (7) fekunditas atau infekunditas karena hal yang tak disengaja, (8) pemakaian kontrasepsi, dan (9) fekunditas atau infekunditas karena hal yang disengaja (sterilisasi). Dua faktor terakhir berhubungan dengan gestasi, yaitu (10) aborsi yang disengaja dan (11) aborsi yang tidak disengaja.

Faktor-faktor tersebut kemudian disederhanakan oleh Bongaarts (1978) menjadi delapan faktor antara penentu fertilitas. Kedelapan faktor tersebut dikelompokkan ke dalam tiga bagian yang berbeda dari yang pernah diajukan Davis dan Blake. Salah satu bagian adalah faktor yang berkaitan dengan yang berisiko atas fertilitas, yaitu (1) proporsi wanita yang berstatus kawin. Bagian yang kedua adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kontrol atas fertilitas marital yang disengaja, yang meliputi (2) kontrasepsi dan (3) aborsi yang disengaja. Faktor-faktor lainnya tergolong dalam faktor-faktor yang berkenaan dengan fertilitas marital alamiah, antara lain: (4) masa tidak subur karena menyusui, (5) frekuensi *intercourse*, (6) sterilitas, (7) aborsi yang tidak disengaja (keguguran), dan (8) periode masa subur.

Dari faktor-faktor antara tersebut, Bongaarts (1978) merumuskan suatu hubungan yang dapat membedakan tingkat fertilitas antarwilayah, di mana

terangkum empat faktor penting yang lebih berperan di dalamnya. Keempat faktor tersebut adalah proporsi wanita berstatus kawin, pemakaian kontrasepsi, aborsi yang disengaja, dan lamanya menyusui. Aplikasi hubungan itu diterapkan dalam bentuk persamaan sebagai berikut.

$$TFR = C_m \times C_c \times C_a \times C_i \times TF \quad (3.44)$$

di mana  $C_m$  adalah indeks perkawinan, yang bernilai satu jika semua wanita berstatus kawin dan bernilai nol jika semua wanita tidak berstatus kawin;  $C_c$  adalah indeks non-kontrasepsi, yang bernilai satu jika tidak ada yang memakai kontrasepsi dan bernilai nol jika semua wanita memakai kontrasepsi;  $C_a$  adalah indeks aborsi yang disengaja, yang bernilai satu jika tidak ada yang melakukan aborsi yang disengaja dan bernilai nol jika semua wanita melakukan aborsi yang disengaja;  $C_i$  adalah indeks menyusui, yang bernilai satu jika tidak ada wanita yang menyusui dan bernilai nol jika semua wanita menyusui bayinya; dan  $TF$  adalah angka fekunditas total, yang nilainya sama dengan Angka Fertilitas Marital Alamiah Total (*Total Natural Marital Fertility Rate/TNMFR*) tanpa laktasi.

Keempat indeks tersebut dapat dihitung berdasarkan estimasi sebagai berikut.

$$C_m = TFR/TMFR \quad (3.45)$$

$$C_c = 1 - 1,18 ue \quad (3.46)$$

$$C_a = TFR/(TFR + b \times TA) \quad (3.47)$$

$$C_i = 20/(18,5 + i) \quad (3.48)$$

di mana:  $u$  = prevalensi pemakaian kontrasepsi;

$e$  = efektivitas kontrasepsi;

$b$  = kelahiran yang dapat dihindari karena aborsi;

$TA$  = angka aborsi yang disengaja total;

$i$  = rata-rata lamanya masa tidak subur karena menyusui.

Defisit fertilitas yang terjadi seharusnya dapat dijelaskan oleh keempat *proximate determinant* tersebut. Namun, terbatasnya ketersediaan data aborsi yang disengaja menyebabkan determinan ini tidak dapat menjelaskan secara detail tentang defisit fertilitas di Indonesia. Untuk menjelaskan defisit fertilitas karena faktor perkawinan, menyusui, dan kontrasepsi, diperlukan indeks faktor-faktor

tersebut yang diharapkan sebagai pembanding dari indeks hasil pengamatan. Indeks yang diharapkan tersebut memiliki formula sebagai berikut.

$$C'_m = TFR/TMFR \quad (3.49)$$

$$C'_c = 1 - 1,18 ue' \quad (3.50)$$

$$C'_i = TMFR/TNFMR \quad (3.51)$$

TFR, TMFR, dan TNMFR dihasilkan melalui persamaan regresi sederhana yang dicetuskan oleh Bongaarts dan Kirmeyer (1982), berdasarkan pencapaian angka prevalensi kontrasepsi.

Berhubung studi ini menggunakan data terbaru dalam mengaplikasikan formula yang diajukan Bongaarts dan Kirmeyer, dan data yang tersedia hanya dapat membentuk hubungan TFR dan CPR, maka penghitungan indeks perkawinan dan menyusui yang diharapkan tidak dapat dilakukan. Dengan demikian, defisit fertilitas yang dijelaskan oleh pola perkawinan dan menyusui tidak dapat diaplikasikan. Penggunaan formula yang telah dibentuk oleh Bongaarts dan Kirmeyer (1982) pun dirasa kurang tepat lagi karena tingkat fertilitas saat itu sudah berbeda dengan kondisi sekarang. Oleh karena itu, dalam studi ini, penjelasan mengenai defisit fertilitas yang terjadi di Indonesia lebih difokuskan pada efektivitas pemakaian kontrasepsi. Adapun pengaruh faktor lain yang tidak dapat dijelaskan menjadi suatu keterbatasan dalam studi yang dilakukan.

### 3.6.2 Penggunaan Pengaruh Efek Random

Sebagaimana telah dijelaskan pada bahasan-bahasan sebelumnya, studi tentang diskontinuitas pemakaian kontrasepsi menggunakan unit analisis episode pemakaian kontrasepsi non sterilisasi. Konsekuensi dari digunakannya unit analisis semacam ini yaitu tidak menutup kemungkinan bahwa seorang wanita akan menjalani episode pemakaian kontrasepsi beberapa kali. Dengan demikian, episode pemakaian yang berasal dari wanita yang sama tentunya menjadi tidak saling bebas karena ia akan mendapatkan perlakuan yang relatif sama.

Untuk memperhitungkan keadaan ini, pengolahan dan pemodelan terhadap unit analisis seperti ini akan lebih baik lagi jika menggunakan pengaruh efek

random. Dengan memberlakukan efek random dalam model, rasio kecenderungan yang didapat pada model menyatakan pengaruh sebuah variabel khusus pada kecenderungan terjadinya kejadian diskontinu pada wanita tertentu. Hal ini akan menyebabkan probabilitas terjadinya kejadian diskontinu untuk dua episode pada wanita yang berbeda dengan karakteristik yang sama akan menunjukkan hasil yang berbeda karena pengaruh kelompok yang sama.

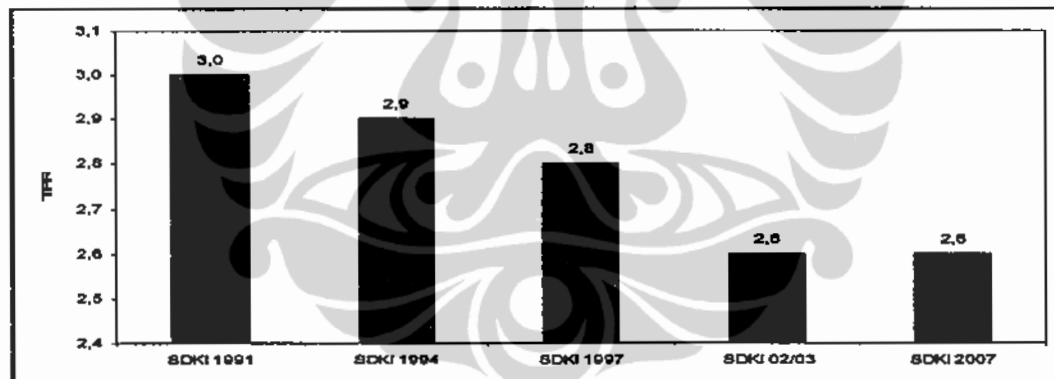
Namun, karena dalam proses pengolahannya studi ini menggunakan suatu metode berupa *Cox Regression*, yang dibantu dengan *software* paket program statistik tertentu (SPSS), penerapan pengaruh efek random dalam studi ini masih belum dapat dilakukan karena menu pengolahan yang memuat fasilitas tersebut masih sulit ditemui. Selama ini yang banyak dijumpai dengan memperhitungkan pengaruh efek random adalah metode regresi logistik. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penghitungan yang dilakukan masih belum dapat memperhitungkan pengaruh efek random tersebut, dan hal ini menjadi keterbatasan dalam studi ini.

## BAB 4

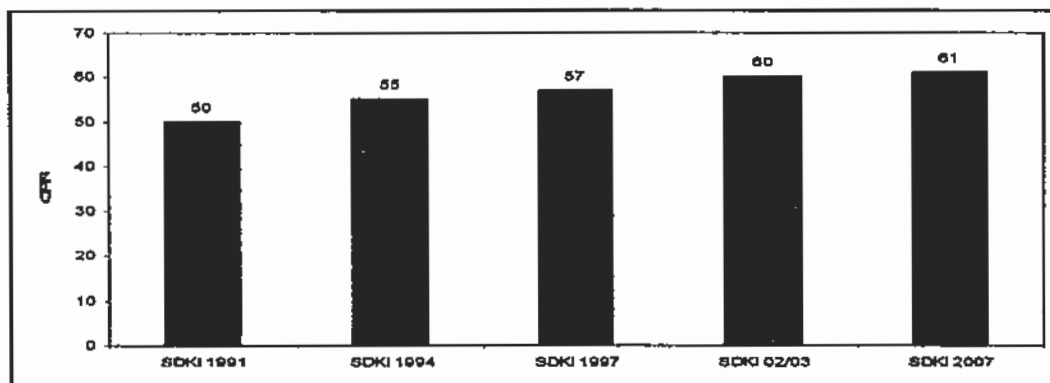
### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hubungan Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi dengan Tingkat Fertilitas

Sebagaimana telah dibahas pada bab-bab sebelumnya, prevalensi pemakaian kontrasepsi (*contraceptive prevalence rate/CPR*) memiliki hubungan yang sangat erat dengan tingkat fertilitas. Eratnya hubungan ini tercermin dari tren angka fertilitas (TFR) yang cenderung menurun seiring dengan meningkatnya CPR. Berdasarkan data SDKI 1991 hingga SDKI 2007, TFR mengalami penurunan dari 3,0 anak per ibu hingga menjadi 2,6 anak per ibu (Gambar 4.1). Sebaliknya, CPR mengalami kenaikan dari 50 persen menjadi 61 persen dalam rentang waktu tersebut (Gambar 4.2).



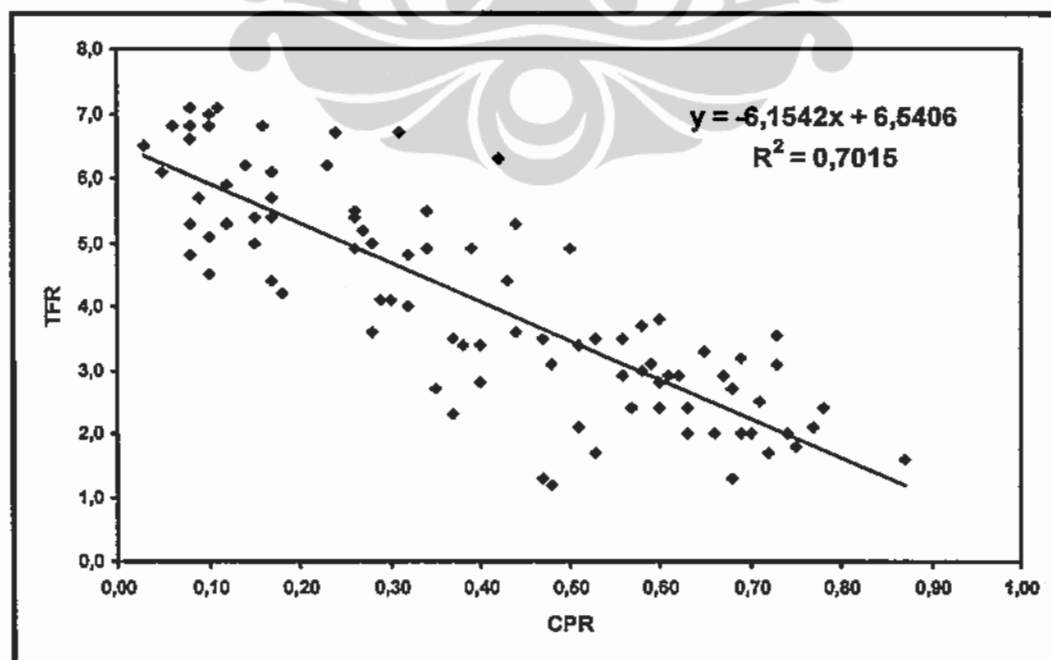
Gambar 4.1 Tren Angka Fertilitas Total, 1991-2007



Gambar 4.2 Tren Angka Prevalensi Kontrasepsi, 1991-2007

Setiap kenaikan CPR selalu diikuti oleh penurunan TFR, kecuali periode 2002-2003 ke 2007. Pada periode itu, CPR mengalami sedikit peningkatan dari 60 persen menjadi 61 persen. Peningkatan CPR tersebut ternyata tidak mengubah TFR, yang nilainya tidak bergerak di titik 2,6. Meskipun demikian, keadaan tren TFR dan CPR secara umum menunjukkan hubungan yang berbanding terbalik antara CPR dan TFR.

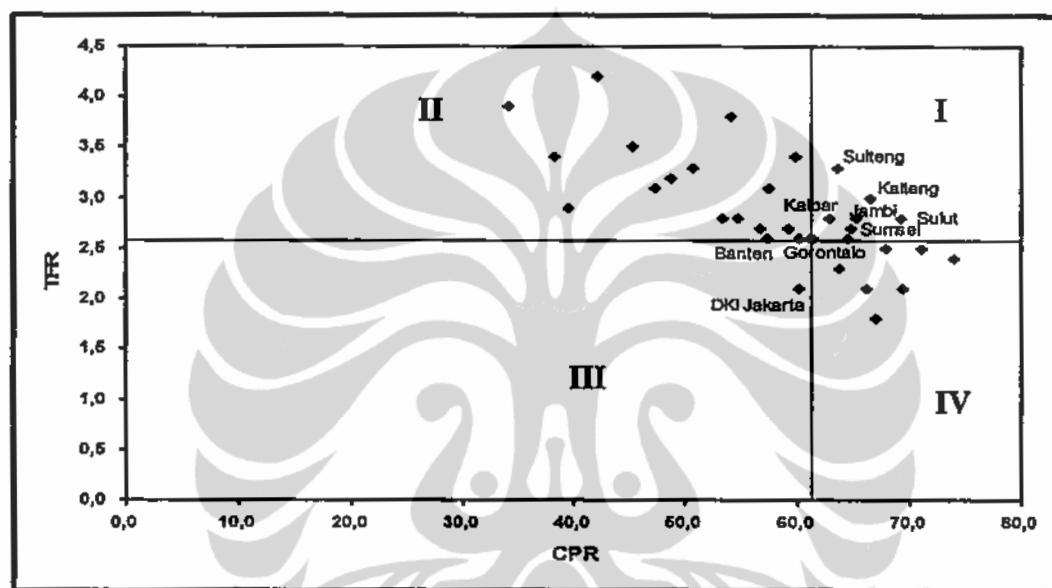
Hubungan antara CPR dan TFR juga dikemukakan oleh Bongaarts dan Kirmeyer (1982) yang memformulasikannya dalam bentuk persamaan regresi sederhana berdasarkan data CPR dan TFR yang dikumpulkan dari 22 negara berkembang. Ide yang diajukan Bongaarts dan Kirmeyer dapat diterapkan dengan menggunakan data terbaru yang lebih terkini. Dengan data dari 92 negara berkembang yang bersumber dari *Population Reference Bureau* (2007), persamaan regresi yang dapat dibentuk adalah:  $TFR = 6,54 - 6,15 CPR$ , dengan koefisien determinasi sebesar 70 persen. Berdasarkan koefisien determinasinya, dapat dijelaskan bahwa sekitar 70 persen variasi TFR dapat dijelaskan oleh CPR. Dengan demikian, CPR memang mempunyai hubungan yang erat dengan TFR. Adapun plot CPR dan TFR pada negara-negara berkembang tersebut sebagaimana dalam Gambar 4.3 berikut.



Gambar 4.3 Plot CPR dan TFR Negara-negara Berkembang, 2007



Hubungan antara CPR dan TFR juga dapat digambarkan berdasarkan pencapaian CPR dan TFR di propinsi-propinsi se-Indonesia. Dengan menjadikan pencapaian secara nasional sebagai standarnya, dapat dibuat kelompok-kelompok propinsi berdasarkan CPR dan TFR yang dicapai. Pengelompokan ini sangat berguna untuk memonitor dan mengevaluasi perkembangan keadaan fertilitas setiap propinsi berdasarkan hubungan antara CPR dan TFR. Berikut disajikan plot antara CPR dan TFR propinsi-propinsi di Indonesia.



Gambar 4.4 Plot CPR dan TFR Propinsi-propinsi di Indonesia, 2007

Berdasarkan Gambar 4.4 di atas, propinsi-propinsi yang menggambarkan hubungan CPR dan TFR secara ideal adalah propinsi-propinsi yang berada di kuadran II dan IV. Propinsi yang berada di kuadran III menunjukkan pencapaian TFR yang rendah dengan CPR berada di bawah pencapaian nasional. Propinsi yang termasuk dalam kategori ini yaitu DKI Jakarta. Pencapaian TFR yang rendah dengan CPR di bawah angka nasional menunjukkan bahwa ada faktor lain yang secara signifikan turut mempengaruhi rendahnya TFR. Faktor-faktor tersebut terkait dengan *proximate determinant* yang berpengaruh terhadap fertilitas. Selain pemakaian kontrasepsi, diduga rata-rata atau median usia perkawinan pertama di DKI Jakarta relatif tinggi. Dugaan lainnya yang mendukung DKI Jakarta berada di kuadran III yaitu masa menyusunya lebih lama dan tingkat aborsi yang relatif tinggi.

Propinsi-propinsi yang mengelompok di kuadran I pada Gambar 4.4 menunjukkan TFR yang relatif masih tinggi dengan pencapaian CPR yang tinggi. Propinsi-propinsi yang termasuk kategori ini yaitu Sulawesi Tengah, Kalimantan Tengah, Sulawesi Utara, Jambi, Kalimantan Barat, dan Sumatera Selatan. Keadaan kelompok yang berada di kuadran I merupakan kebalikan dari keadaan di kuadran III. *Proximate determinant* selain pemakaian kontrasepsi yang mungkin berpengaruh terhadap keadaan fertilitas yang terjadi pada kelompok propinsi di kuadran I juga menggambarkan keadaan yang berkebalikan dengan kondisi di kuadran III. Oleh karena itu, relatif tingginya TFR yang terjadi diduga disebabkan karena wanita lebih banyak menghabiskan masa suburnya dengan status kawin, atau memang rata-rata umur perkawinan pertamanya rendah, masa menyusunya lebih pendek, dan tingkat kesuburannya tinggi.

Meskipun ada beberapa propinsi yang berada di luar “jalur ideal” yang menggambarkan hubungan CPR dan TFR, keeratan hubungan antara CPR dan TFR masih tetap terlihat, karena sebagian besar propinsi masih berada pada “jalur ideal” tersebut (kuadran II dan IV). Oleh karena itu, pemakaian kontrasepsi merupakan faktor penting yang berpengaruh terhadap fertilitas dan menjadi fokus pembahasan dalam studi ini.

#### **4.2 Hubungan Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi dengan Pemakaian Kontrasepsi**

Salah satu indikator yang memberikan gambaran sampai sejauh mana terlaksananya program keluarga berencana (KB) ialah pencapaian angka prevalensi kontrasepsi (*contraceptive prevalence rate/CPR*). CPR yang dicapai menjelaskan persentase wanita berstatus kawin yang menggunakan kontrasepsi. Di Indonesia, berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007, angka prevalensi kontrasepsi telah mencapai 61,4 persen. Pencapaian ini sudah cukup baik, tetapi variasi penggunaannya perlu dijabarkan sehingga akan memudahkan dalam monitoring dan evaluasi terhadap program yang sedang berlangsung. Untuk itu, perlu dilihat perbedaan pemakaian kontrasepsi menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi di Indonesia,

sebagaimana yang tersaji dalam Tabel 4.1. Penyajian dalam Tabel 4.1 tersebut merupakan pemakaian kontrasepsi yang sedang digunakan atau yang saat survei dilakukan masih berlangsung.

#### **4.2.1 Sebaran Wanita Berstatus Kawin Menurut Pemakaian Kontrasepsi serta Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi**

Tabel 4.1 menyajikan persentase wanita usia 15-49 tahun berstatus kawin menurut pemakaian kontrasepsi dan karakteristik sosioekonomi dan demografi. Berdasarkan pemakaian kontrasepsinya, secara univariat dapat dijelaskan bahwa sebagian besar wanita usia 15-49 tahun yang berstatus kawin sedang menggunakan suatu alat/metode kontrasepsi, yaitu sebesar 61,4 persen. Angka ini biasanya juga dikenal sebagai angka prevalensi pemakaian kontrasepsi. Jika dirinci berdasarkan kelompok alat/metodenya, pemakaian non metode kontrasepsi jangka panjang (non MKJP) memiliki persentase yang terbesar di antara metode yang lain, yaitu sebesar 46,4 persen. Jika lebih spesifik lagi, metode kontrasepsi suntik lebih banyak digunakan, yaitu sebanyak 31,8 persen wanita usia subur yang berstatus kawin menggunakan metode ini. Banyaknya para wanita memakai suntik sebagai metode kontrasepsi diduga karena metode ini relatif mudah diakses, mudah penggunaannya, dan tidak mengganggu kenyamanan berhubungan intim. Adapun metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) yang paling banyak digunakan adalah IUD, yaitu sebesar 4,9 persen.

Jika dilihat berdasarkan karakteristik sosioekonomi dan demografinya, mayoritas wanita usia subur yang berstatus kawin berpendidikan rendah dan tinggal di perdesaan. Oleh karena mereka lebih banyak tinggal di perdesaan dan berpendidikan rendah, tidak mengherankan jika sebagian besar dari mereka juga bekerja, karena dengan keadaan demikian mereka tidak pilih-pilih pekerjaan, dan sektor informal sangat memungkinkan melibatkan mereka. Apalagi mereka mayoritas telah berumur di atas 35 tahun, di mana tanggungan keluarga biasanya semakin meningkat. Namun, jika dilihat dari segi tingkat kekayaannya, sebanyak 40,7 persen dari wanita kawin tersebut berada pada tingkat kekayaan yang tinggi, berbeda sekitar dua persen dengan mereka yang tingkat kekayaannya rendah. Sebaran menurut tingkat kekayaan yang mengelompok di "atas" dan "bawah"

terkait dengan variabel awal yang berupa kuantil indeks kekayaan. Tingkat kekayaan tinggi menggabungkan kuantil ke-4 dan ke-5, sedangkan tingkat kekayaan rendah menggabungkan kuantil ke-1 dan ke-2.

Faktor lain yang mendukung lebih banyaknya wanita bekerja yaitu daerah tempat tinggalnya yang sebagian besar tinggal di daerah yang bisa dikatakan lebih maju dari segi perekonomian, karena daerah tersebut memiliki PDRB yang lebih tinggi dari 75 persen daerah yang lain. Kemajuan daerah ini lebih membuka peluang bagi para ibu untuk membuka usaha ataupun membantu berusaha.

Daerah yang maju identik dengan kepadatan penduduk yang tinggi dan kelengkapan fasilitasnya, termasuk fasilitas kesehatan. Namun, banyaknya fasilitas kesehatan yang tersedia biasanya masih belum mampu mengimbangi banyaknya penduduk yang tinggal di daerah itu. Hal ini tergambar dari rasio fasilitas kesehatan per pasangan usia subur (PUS) yang dominan pada angka di bawah satu, yang berarti bahwa setiap fasilitas kesehatan secara rata-rata melayani lebih dari 100 pasangan usia subur. Kondisi seperti ini banyak dijumpai di daerah maju yang tergambar dari PDRB-nya.

#### **4.2.2 Perbedaan Pemakaian Kontrasepsi**

Pemakaian kontrasepsi oleh wanita usia subur yang berstatus kawin terlihat perbedaannya pada karakteristik tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal, tingkat kekayaan, umur, PDRB, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS. Hal ini terlihat dari perbedaan persentasenya pada setiap karakteristik. Berdasarkan Tabel 4.1 (kolom 3), jika dilihat dari tingkat pendidikannya, wanita berpendidikan menengah ke atas persentase ber-KB lebih besar daripada mereka yang berpendidikan rendah. Kondisi yang sama juga terlihat jika pemakaian suatu alat/cara kontrasepsi ini ditinjau dari sisi tempat tinggalnya, di mana wanita yang tinggal di perkotaan sedikit lebih besar persentasenya dibandingkan dengan wanita di perdesaan. Demikian juga dengan wanita dengan tingkat kekayaannya tinggi dan sedang, persentase pemakaian kontrasepsi tertentu pada mereka lebih besar daripada wanita yang tingkat kekayaannya rendah.

Tabel 4.1 Persentase Pemakaian Kontrasepsi Menurut Alat/Metode Kontrasepsi dan Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi

Karakteristik	Pemakaian Kontrasepsi		MKJP				non MKJP				Metode Tradisional	Jumlah	Distribusi Persentase	
	Tidak Pakai KB	Pakai KB	Sterilisasi	IUD	Susuk	Suatu Cara MKJP	Pil	Suntik	Kondom	Modern Lainnya				Suatu Cara non MKJP
											(2)	(3)	(4)	
(1)			(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
Tingkat Pendidikan														
Rendah	41,5	58,5	3,2	3,7	3,2	10,1	13,0	32,2	0,4	0,0	45,6	2,8	100,0	56,5
Menengah ke atas	34,9	65,1	3,4	6,4	2,3	12,1	13,6	31,4	2,5	0,1	47,5	5,6	100,0	43,5
Aktivitas Kerja														
Tidak Bekerja	39,0	61,0	2,9	3,6	2,2	8,7	13,4	34,4	1,2	0,0	49,0	3,3	100,0	43,8
Bekerja	38,3	61,7	3,5	5,9	3,2	12,7	13,1	29,9	1,4	0,0	44,4	4,5	100,0	56,2
Daerah Tempat Tinggal														
Perkotaan	37,5	62,5	4,2	6,7	1,8	12,7	13,9	28,0	2,4	0,0	44,4	5,3	100,0	41,5
Perdesaan	39,4	60,6	2,6	3,6	3,5	9,7	12,8	34,5	0,5	0,0	47,9	3,0	100,0	58,5
Tingkat Kekayaan														
Tinggi	36,3	63,7	4,2	7,7	1,9	13,8	13,3	28,8	2,7	0,0	44,8	5,1	100,0	40,7
Sedang	37,6	62,4	3,8	3,4	2,7	9,9	12,9	35,4	0,7	0,0	49,0	3,5	100,0	20,5
Rendah	41,6	58,4	2,0	2,8	3,8	8,5	13,4	33,2	0,2	0,0	46,8	3,1	100,0	38,8

Tabel 4.1 (sambungan)

Karakteristik	Pemakaian Kontrasepsi		MKJP				non MKJP				Metode Tradisional	Jumlah	Distribusi Persentase				
	Tidak Pakai KB	Pakai KB	Sterilisasi	IUD	Susuk	Suatu Cara MKJP	Pil	Suntik	Kondom	Modern Lainnya				Suatu Cara non MKJP			
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)				(12)			
(1)																	
Umur																	
15-24	41,0	59,0	0,0	1,1	1,9	2,9	11,7	42,4	0,5	0,1	54,7	1,4	100,0	(4.766)	15,4		
25-34	33,4	66,6	0,8	3,4	2,8	7,1	14,5	39,8	1,4	0,0	55,7	3,9	100,0	(11.350)	36,7		
35-49	41,9	58,1	6,2	7,3	3,0	16,5	12,8	22,4	1,5	0,0	36,7	4,9	100,0	(14.815)	47,9		
EDRB																	
< Kuartil 1	47,2	52,8	2,0	2,2	4,3	8,5	10,8	26,7	0,5	0,0	38,0	6,2	100,0	(2.722)	8,8		
Kuartil 1 - Median	41,1	58,9	3,7	4,3	3,5	11,5	13,4	27,5	1,1	0,0	42,1	5,4	100,0	(4.569)	14,8		
Median - Kuartil 3	38,3	61,7	2,8	5,4	3,6	11,8	11,5	33,8	0,8	0,0	46,2	3,8	100,0	(7.651)	24,7		
Kuartil 3 +	36,7	63,3	3,6	5,3	1,9	10,8	14,4	33,0	1,8	0,0	49,2	3,3	100,0	(15.989)	51,7		
Rasio Fasilitas Kesehatan/PUS																	
< 1	39,1	60,9	2,9	4,0	2,7	9,6	14,2	33,1	1,1	0,0	48,5	2,8	100,0	(17.346)	52,0		
1-1,99	37,5	62,5	3,7	6,1	2,9	12,7	12,3	30,6	1,6	0,0	44,6	5,2	100,0	(13.051)	42,9		
2+	52,8	47,2	6,0	3,9	1,5	11,4	5,0	17,2	1,4	0,2	23,9	12,0	100,0	(392)	1,3		
Prevalensi	38,6	61,4	3,3	4,9	2,8	10,9	13,2	31,8	1,3	0,0	46,4	4,0	100,0	(30.931)	100,0		

Hal ini sangat wajar terjadi mengingat seseorang berpendidikan lebih tinggi akan lebih memiliki pengetahuan tentang pentingnya ber-KB, sedangkan mereka yang tinggal di perkotaan akan lebih mudah menerima informasi dan mendapatkan akses mengenai kontrasepsi. Adapun seseorang yang tingkat kekayaannya tinggi akan memiliki kemampuan dalam memenuhi kebutuhannya, termasuk dalam hal informasi dan akses terkait dengan keluarga berencana. Keadaan ini didukung pula dengan faktor kemajuan suatu daerah, di mana wanita yang tinggal di daerah lebih maju memiliki persentase ber-KB lebih besar daripada wanita yang tinggal di daerah kurang maju, karena akses mereka lebih mudah untuk memperoleh pelayanan kontrasepsi. Hal ini bisa dilihat dari pendekatan yang digunakan, yaitu PDRB kabupaten/kota, di mana semakin tinggi PDRB, persentase pemakaian kontrasepsinya juga semakin tinggi.

Daerah yang lebih maju biasanya memiliki rasio fasilitas kesehatan per PUS lebih rendah daripada daerah kurang maju, karena penduduknya lebih padat. Oleh karena itu, suatu hal yang lumrah jika daerah yang memiliki rasio fasilitas kesehatan per PUS rendah, lebih besar persentasenya untuk menggunakan kontrasepsi.

Jika ditinjau dari segi umur, wanita berumur 25-34 tahun mempunyai persentase pemakaian kontrasepsi lebih besar dibandingkan dengan wanita pada kelompok umur lebih muda maupun lebih tua. Indikasi yang mungkin atas kondisi ini yaitu pengaturan kelahiran lebih intens dilakukan pada masa-masa tersebut. Kesadaran untuk ber-KB yang banyak dilakukan oleh wanita kelompok umur 25-34 tahun ini juga berkaitan dengan tingkat pendidikannya, di mana dimungkinkan pada kelompok usia tersebut mereka rata-rata berpendidikan lebih tinggi, mengingat wanita-wanita yang hidup di masa lalu banyak berpendidikan rendah.

#### **4.2.3 Perbedaan Pemakaian Kontrasepsi MKJP**

Perbedaan pemakaian kontrasepsi MKJP bisa dilihat pada Tabel 4.1 kolom 4-7. Pemakaian suatu cara MKJP tertentu sangat terlihat perbedaannya jika ditinjau dari sisi umur, aktivitas pekerjaan, tingkat kekayaan, dan daerah tempat tinggal. Dari segi umur, wanita berumur 35 tahun ke atas memiliki

persentase lebih besar dalam pemakaian MKJP. Suatu hal yang wajar jika wanita berumur di atas 34 tahun memiliki persentase pemakaian MKJP yang lebih besar, mengingat pada kelompok usia tersebut preferensi fertilitas mereka sudah mulai menurun, sehingga untuk membatasi kelahirannya, pemakaian MKJP lebih layak digunakan.

Menurut aktivitas kerjanya, wanita bekerja memiliki persentase pemakaian MKJP lebih besar daripada wanita tidak bekerja, sedangkan menurut tingkat kekayaannya, wanita dengan tingkat kekayaan tinggi memiliki persentase pemakaian MKJP lebih besar daripada wanita yang tingkat kekayaannya rendah ataupun sedang. Adapun menurut daerah tempat tinggalnya, persentase pemakaian MKJP yang lebih besar yaitu pada wanita yang tinggal di perkotaan. Fasilitas kesehatan yang lebih lengkap di daerah perkotaan bisa menjadi faktor pendukung keadaan ini, karena pemakaian MKJP memerlukan tenaga kesehatan dalam pemakaiannya.

MKJP terdiri atas sterilisasi, IUD, dan susuk. Perbedaan pemakaian sterilisasi yang paling menonjol jika dilihat dari sisi umur, di mana wanita umur 35 tahun ke atas persentasenya jauh lebih besar, karena sebenarnya preferensi fertilitas mereka sudah jauh berkurang, sehingga mereka lebih memilih membatasi kelahirannya. Pemakaian sterilisasi juga terlihat perbedaannya jika dilihat berdasarkan daerah tempat tinggal, tingkat kekayaan, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS. Wanita yang tinggal di perkotaan persentase pemakaian sterilisasinya lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perdesaan dan wanita dengan tingkat kekayaan tinggi persentase pemakaian sterilisasinya juga lebih besar daripada wanita dengan tingkat kekayaan rendah. Daerah dengan fasilitas kesehatan yang secara rata-rata mampu melayani setiap 50 (atau kurang) pasangan usia subur memiliki persentase pemakaian sterilisasi lebih besar daripada daerah yang mampu melayani lebih dari itu. Sebagaimana pembahasan MKJP secara umum, faktor akses dan kemampuan merupakan alasan yang mungkin atas kondisi ini.

Untuk pemakaian IUD, perbedaan yang menonjol terlihat pada karakteristik umur, tingkat kekayaan, daerah tempat tinggal, aktivitas kerja, tingkat pendidikan, rasio fasilitas kesehatan per PUS. Perbedaan antar kategorik



pada karakteristik umur, tingkat kekayaan, daerah tempat tinggal, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS, keadaannya sama dengan pada pemakaian sterilisasi. Dari sisi tingkat pendidikan, menunjukkan bahwa wanita berpendidikan menengah ke atas memiliki persentase pemakaian IUD lebih besar daripada wanita berpendidikan rendah. Keadaan ini diduga karena wanita berpendidikan menengah ke atas lebih memiliki pengetahuan mengenai pemakaian kontrasepsi jangka panjang, dan IUD merupakan alat kontrasepsi jangka panjang yang relatif paling mudah penggunaannya di antara alat/metode jangka panjang lainnya. Adapun pemakaian IUD menurut aktivitas pekerjaan menunjukkan bahwa wanita bekerja memiliki persentase lebih besar dibandingkan dengan wanita tidak bekerja.

Keadaan yang berlainan ditemukan pada pemakaian susuk. Pemakaian susuk menurut umur dan aktivitas kerja masih dapat dikatakan identik dengan pemakaian IUD. Untuk pemakaian susuk berdasarkan daerah tempat tinggal, terlihat bahwa persentase yang lebih besar terdapat di perdesaan. Demikian juga pemakaian susuk menurut tingkat kekayaan, persentase pemakaian lebih besar justru terdapat pada mereka yang tingkat kekayaannya rendah. Dari tingkat pendidikan pun, pemakaian susuk ini persentasenya lebih besar pada wanita berpendidikan rendah. Bahkan apabila dilihat dari kemajuan daerahnya, daerah yang PDRB-nya rendah memiliki persentase lebih besar dalam hal pemakaian susuk. Fenomena ini menggambarkan bahwa pemakaian susuk yang prevalensinya bisa dikatakan kecil, diduga lebih diterima di kalangan masyarakat miskin yang identik dengan pendidikan yang rendah dan berada di daerah yang "miskin" pula.

#### **4.2.4 Perbedaan Pemakaian Kontrasepsi non MKJP**

Perbedaan pemakaian kontrasepsi non MKJP ditampilkan pada Tabel 4.1 kolom 8-12. Pemakaian suatu cara non MKJP tertentu sangat terlihat perbedaan pemakaiannya jika ditinjau dari sisi umur, aktivitas pekerjaan, tingkat kekayaan, daerah tempat tinggal, kemajuan daerah, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS. Dari segi umur, yang memiliki persentase lebih besar dalam hal pemakaian

kontrasepsi non MKJP adalah wanita berumur di bawah 35 tahun, di mana pada masa itu preferensi fertilitas masih besar kemungkinannya, sedangkan kontrasepsi non MKJP lebih mudah dihentikan kapan saja. Menurut aktivitas kerjanya, wanita tidak bekerja persentase pemakaian non MKJP-nya lebih besar daripada wanita bekerja, sedangkan menurut tingkat kekayaannya, persentase pemakaian non MKJP lebih besar terjadi pada wanita dengan tingkat kekayaan sedang. Adapun menurut daerah tempat tinggalnya, persentase pemakaian non MKJP yang lebih besar yaitu pada wanita yang tinggal di perdesaan. Persentase pemakaian non MKJP juga berbeda menurut kemajuan daerah. Melalui pendekatan PDRB kabupaten/kota, wanita yang tinggal di daerah dengan PDRB tinggi mempunyai persentase pemakaian non MKJP lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah dengan PDRB lebih rendah. PDRB tinggi biasanya sejalan dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang rendah. Hal ini terlihat dari persentase pemakaian non MKJP yang lebih besar terjadi pada wanita yang tinggal di daerah dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang rendah. Alat/metode kontrasepsi yang tergolong dalam non MKJP relatif lebih mudah akses dan penggunaannya, sehingga mudah digunakan oleh siapa saja dan di mana saja ia berada. Persentase yang dihasilkan pada pemakaian non MKJP cukup besar, karena prevalensi pemakaian non MKJP merupakan yang terbesar di antara yang lainnya.

Alat/metode kontrasepsi yang termasuk kelompok non MKJP antara lain yaitu pil, suntik, kondom, dan alat/metode modern lainnya. Pemakaian pil terlihat tidak banyak perbedaan di antara karakteristik-karakteristik yang ada. Hanya karakteristik umur, kemajuan daerah, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang sedikit menunjukkan perbedaan pemakaian pil, di mana persentase terbesar berada pada kelompok umur 25-34 tahun untuk karakteristik umur, pada rasio yang rendah pada karakteristik rasio fasilitas kesehatan per PUS, dan pada daerah yang PDRB-nya tinggi untuk karakteristik kemajuan daerah.

Untuk pemakaian suntik, perbedaan pemakaiannya terlihat berbeda pada karakteristik aktivitas kerja, daerah tempat tinggal, tingkat kekayaan, umur, kemajuan daerah, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS. Mereka yang tidak bekerja memiliki persentase pemakaian suntik lebih besar dibandingkan dengan

mereka yang bekerja. Demikian juga dengan wanita yang tinggal di perdesaan, juga memiliki persentase pemakaian suntik lebih besar dibandingkan dengan wanita di perkotaan. Pemakaian suntik juga lebih besar persentasenya pada wanita yang tingkat kekayaannya sedang. Wanita yang memakai suntik sebagai alat/metode kontrasepsinya, persentasenya lebih besar pada kelompok umur muda (di bawah 25 tahun). Secara sepintas terlihat bahwa persentase yang lebih besar terjadi pada mereka yang termasuk dalam kategori “rendah”. Hal ini diduga karena selain suntik mudah diperoleh, perbedaan pemakaian suntik menurut kemajuan daerah juga dapat menentukan. Persentase pemakaian suntik di daerah yang lebih maju lebih besar daripada di daerah yang kurang maju. Dengan tingkat kemajuan daerah tersebut, penyediaan bidan ataupun tenaga kesehatan lebih tersedia hingga ke daerah-daerah perdesaan sekalipun, sehingga pelayanan kontrasepsi suntik pun relatif lebih tersedia. Pemakaian non MKJP yang persentasenya terbesar berada pada rasio fasilitas kesehatan per PUS yang rendah menggambarkan keberadaan fasilitas kesehatan di daerah itu lebih merata, sehingga aksesnya lebih mudah.

Perbedaan pemakaian kondom akan terlihat jika ditinjau dari karakteristik tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal, dan tingkat kekayaan. Mereka yang berpendidikan menengah ke atas memiliki persentase pemakaian kondom yang lebih besar daripada yang berpendidikan rendah, sedangkan mereka yang tinggal di perkotaan juga demikian, yaitu persentase pemakaian kondomnya lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tinggal perdesaan. Demikian pula pada mereka yang tingkat kekayaannya tinggi, persentase pemakaian kondom lebih besar daripada mereka yang tingkat kekayaannya berada di bawahnya. Hal ini sangat terkait dengan akses dan wawasan yang dimilikinya, di mana kondom biasanya lebih banyak dijumpai di toko-toko obat, apotek, swalayan, dan sebagainya, dan tempat-tempat seperti itu sangat jarang dijumpai di daerah perdesaan. Hanya orang yang memiliki wawasan ataupun kemampuan untuk mengusahakan memakai alat kontrasepsi itu, mengingat pemakaian kondom tidak menimbulkan efek terhadap kesehatan.

#### 4.2.5 Perbedaan Pemakaian Kontrasepsi Metode Tradisional

Perbedaan pemakaian kontrasepsi metode tradisional, sebagaimana yang tersaji pada Tabel 4.1 kolom 13, terlihat dalam setiap karakteristik. Secara umum persentase pemakaian metode tradisional menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi, lebih besar terdapat pada kategori yang “tinggi”. Wanita yang berpendidikan menengah ke atas, bekerja, tinggal di perkotaan, tingkat kekayaannya tinggi, dan berumur tua, masing-masing mempunyai persentase pemakaian metode tradisional yang lebih tinggi dibandingkan dengan kategori yang sebaliknya. Pertimbangan yang mungkin diambil terkait dengan keputusan menggunakan metode tradisional yaitu terbebasnya dari efek terhadap kesehatan.

Pendapat ini mungkin saja mengemuka, mengingat persentase wanita yang menggunakan metode tradisional, lebih besar terdapat di daerah yang kurang maju. Faktor kemajuan daerah di sini sedikit banyak akan memberikan suatu pola pemikiran yang bisa saja mengarah pada pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif daripada metode tradisional yang diduga keefektifannya kurang. Selain itu, daerah maju memiliki akses lebih mudah untuk menjangkau fasilitas kesehatan, sehingga mereka lebih memilih menggunakan metode modern. Mengenai persentase pemakaian metode tradisional yang lebih besar pada daerah dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang tinggi, menggambarkan bahwa tingginya rasio disebabkan oleh kurang padatnya penduduk di daerah tersebut yang juga menggambarkan bahwa daerah tersebut kurang maju dan kemungkinan tersedianya fasilitas kesehatan kurang merata persebarannya.

### 4.3 Deskripsi Perbedaan Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi

#### 4.3.1 Perbedaan Diskontinuitas Secara Umum

Kelangsungan (*continuation*) dan ketidaklangsungan (*discontinuation*) pemakaian kontrasepsi memperhatikan riwayat pemakaian kontrasepsi seorang wanita. Peristiwa ini dapat terdeteksi melalui informasi pada data kalender Survei

Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Pemakaian suatu alat/cara kontrasepsi secara terus-menerus hingga berhenti atau berganti alat/cara disebut dengan pemakaian yang diskontinu, sedangkan pemakaian kontrasepsi secara terus-menerus dan hingga saat pengamatan masih berlangsung, dinamakan dengan pemakaian yang masih kontinu. Masa pemakaian metode kontrasepsi tertentu dari awal hingga diskontinu ataupun tetap kontinu disebut dengan episode pemakaian kontrasepsi. Dengan demikian, setiap wanita bisa menjalani beberapa episode pemakaian kontrasepsi dalam periode yang ditentukan.

Berdasarkan Tabel 4.2 kolom 5, episode pemakaian kontrasepsi, baik yang diskontinu maupun yang kontinu, sebagian besar terjadi pada pemakaian non MKJP, khususnya suntik. Jika ditinjau dari karakteristik yang ada, episode pemakaian kontrasepsi lebih banyak dialami oleh wanita yang berpendidikan menengah ke atas, bekerja, tinggal di perdesaan, tingkat kekayaannya rendah, berumur 25-34 tahun pada waktu pertama kali memulai episode pemakaiannya, dan tinggal di daerah yang maju (PDRB-nya tinggi), serta rasio fasilitas kesehatan per PUS-nya rendah. Daerah yang sudah maju biasanya berpenduduk lebih padat, sehingga sangat wajar jika mayoritas episode pemakaian kontrasepsi mengelompok di sini. Penduduk yang padat juga menyebabkan rasio fasilitas kesehatan per PUS menjadi rendah, sehingga pemakaian kontrasepsi pun mengelompok pada karakteristik ini. Selain itu, banyaknya episode pemakaian non MKJP yang diduga lebih cepat mengalami diskontinu juga ikut mendukung. Di daerah yang telah maju, biasanya penduduknya banyak yang bekerja dan berpendidikan lebih tinggi, sehingga menjadi suatu hal yang lumrah jika sebagian besar episode pemakaian kontrasepsi terjadi pada mereka.

Tabel 4.2 tersebut juga menyajikan status pemakaian kontrasepsi menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi. Berdasarkan tabel tersebut, status diskontinu menurut alat/metode yang digunakan, kontrasepsi non MKJP, khususnya pil, memiliki persentase episode yang diskontinu lebih besar dibandingkan dengan alat/metode yang lain. Adapun kontrasepsi yang persentase episode bertahannya lebih besar adalah MKJP. Hal ini mungkin karena sifatnya yang jangka panjang sehingga membuat metode ini memiliki persentase bertahan lebih tinggi, sedangkan non MKJP yang persentase episode diskontinunya lebih

besar disebabkan karena alat/metode ini mudah dihentikan kapan saja dan juga rentan mengalami kegagalan karena alat/metode ini memerlukan tata cara tertentu yang mendukung keefektifannya.

Jika ditinjau dari tingkat pendidikannya, wanita dengan tingkat pendidikan menengah ke atas memiliki persentase episode yang mengalami diskontinu lebih besar daripada wanita yang tingkat pendidikannya rendah. Dengan semakin tingginya pendidikan, orang akan lebih banyak mempertimbangkan alat/metode kontrasepsi apa yang lebih cocok bagi dirinya, sehingga ketika mendapati ketidakcocokan, mereka akan beralih pada alat/metode yang lain. Itulah dugaan yang menyebabkan wanita berpendidikan menengah ke atas memiliki persentase episode pemakaian kontrasepsi yang diskontinu pemakaiannya lebih besar.

Adapun bila memperhatikan aktivitas pekerjaannya, persentase episode pemakaian yang diskontinu di antara kedua kategorinya tidak terlalu berbeda, hanya saja wanita yang tidak bekerja sedikit lebih besar persentase episode yang diskontinu pemakaian kontrasepsi. Pada wanita yang bekerja biasanya mengharapkan kenyamanan dan kelancaran dalam pekerjaannya. Untuk itu, alat/metode kontrasepsi jangka panjang lebih dipilih oleh wanita yang bekerja, di mana alat/metode jangka panjang relatif lebih kontinu pemakaiannya.

Kemudian dari sisi daerah tempat tinggal, persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu lebih besar terjadi di perkotaan. Keadaan ini kemungkinan dapat menerangkan bahwa wanita di perkotaan lebih memperhatikan hal-hal seperti yang berkaitan dengan kesehatan, sehingga ketika merasa tidak cocok dengan suatu alat/metode kontrasepsi, mereka akan berganti cara yang lainnya. Adapun diskontinu yang terjadi di perdesaan, diduga disebabkan karena keinginan untuk hamil atau kegagalan kontrasepsi. Fenomena ini didukung dengan data angka fertilitas, di mana daerah perdesaan lebih tinggi daripada daerah perkotaan. Berdasarkan data SDKI 2007, Angka fertilitas (*Total Fertility Rate/TFR*) di perdesaan sebesar 2,8 anak per ibu, lebih besar 0,5 dibandingkan dengan daerah perkotaan ( $TFR \text{ perkotaan} = 2,3$ ).

Tabel 4.2. Persentase Status Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi

Karakteristik	Pemakaian Kontrasepsi		Jumlah Pemakaian Kontrasepsi	Distribusi Persentase
	Berhenti (Diskontinu)	Berlanjut (Kontinu)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Pemakaian Kontrasepsi</b>				
<i>MKJP</i>	22,8	77,2	100,0 (1.436)	7,2
IUD	23,9	76,1	100,0 (612)	3,1
Susuk	22,1	77,9	100,0 (824)	4,2
<i>non MKJP</i>	44,4	55,4	100,0 (16.979)	85,7
Pil	52,6	47,4	100,0 (5.712)	28,8
Suntik	40,3	59,7	100,0 (10.760)	54,3
Kondom	42,0	58,0	100,0 (457)	2,3
Modern Lainnya	80,0	20,0	100,0 (50)	0,3
<i>Metode Tradisional</i>	44,7	55,3	100,0 (1.397)	7,1
<b>Tingkat Pendidikan</b>				
Rendah	38,7	61,3	100,0 (8.652)	43,7
Menengah ke atas	46,4	53,6	100,0 (11.160)	56,3
<b>Aktivitas Kerja</b>				
Tidak Bekerja	43,6	56,4	100,0 (9.546)	48,2
Bekerja	42,6	57,4	100,0 (10.266)	51,8
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>				
Perkotaan	45,7	54,3	100,0 (8.291)	41,8
Perdesaan	41,2	58,8	100,0 (1.521)	58,2
<b>Tingkat Kekayaan</b>				
Tinggi	45,5	54,5	100,0 (7.488)	37,8
Sedang	43,0	57,0	100,0 (3.685)	18,6
Rendah	40,9	59,1	100,0 (8.639)	43,6
<b>Umur Pemakaian KB</b>				
<25	49,4	50,6	100,0 (6.889)	34,8
25-34	41,7	58,3	100,0 (9.651)	48,7
35+	33,8	66,2	100,0 (3.272)	16,5
<b>PDRB</b>				
< Kuartil 1	42,9	57,1	100,0 (4.103)	20,7
Kuartil 1 - Median	43,4	56,6	100,0 (4.583)	23,1
Median - Kuartil 3	43,9	56,1	100,0 (4.949)	25,0
Kuartil 3 +	42,2	57,8	100,0 (6.177)	31,2
<b>Rasio Fasilitas Kesehatan per PUS</b>				
< 1	42,2	57,8	100,0 (11.147)	56,3
1-1,99	44,1	55,9	100,0 (8.270)	41,7
2+	46,3	53,7	100,0 (395)	2,0

Dari segi tingkat kekayaannya, persentase kejadian diskontinu semakin besar seiring dengan semakin meningkatnya tingkat kekayaannya. Hal ini mungkin sejalan dengan tingkat kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan kontrasepsi yang sesuai baginya. Mereka lebih berpeluang untuk berganti alat/metode kontrasepsi karena mereka lebih mampu untuk mendapatkan akses, fasilitas, ataupun yang berkenaan dengan biaya.

Berdasarkan umur saat pertama kali memulai suatu episode pemakaian kontrasepsi, diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yang tertinggi terjadi pada kelompok wanita usia muda (usia kurang dari 25 tahun). Sebaliknya, persentase pemakaian yang kontinu semakin tinggi nilainya seiring dengan semakin bertambahnya usia. Kondisi ini sangat mungkin terjadi, mengingat usia muda merupakan masa-masa mereka masih berharap banyak untuk melahirkan, sehingga pemakaian kontrasepsi hanya berlaku sebagai penghentian sementara. Lain halnya dengan wanita usia tua, mereka telah memasuki usia yang bisa dikatakan rawan untuk melahirkan, sehingga diperlukan pemakaian kontrasepsi yang bersifat jangka panjang atau pemakaian yang terus-menerus.

Jika dipandang dari tipe daerahnya menurut pendapatan domestik regional bruto, persentase diskontinuitas pemakaian kontrasepsi relatif tidak berbeda antardaerah yang diklasifikasikan berdasarkan kuartil tersebut. Perbedaan tingkat kekayaan daerah yang relatif menggambarkan tingkat kemajuan daerah, belum tentu menjelaskan perbedaan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Hal ini diduga terkait dengan masih disubsidinya pemenuhan program-program KB di daerah tersebut.

Berdasarkan rasio fasilitas kesehatan per PUS, daerah yang rasionya tinggi memiliki persentase episode pemakaian kontrasepsi yang diskontinu terbesar. Daerah dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang tinggi seharusnya memiliki diskontinuitas yang lebih rendah. Namun, yang terjadi adalah keadaan yang sebaliknya. Hal ini diduga daerah yang memiliki rasio fasilitas kesehatan per PUS yang tinggi, penyebarannya kurang merata sehingga pada sebagian PUS mengalami keterbatasan akses untuk memenuhi kebutuhan kontrasepsinya.



#### 4.3.2 Perbedaan Diskontinuitas Tanpa Alasan Ingin Hamil

Kontinuitas pemakaian suatu alat/metode kontrasepsi akan mendukung efektivitas pemakaiannya. Semakin panjang masa pemakaiannya akan menunjukkan bahwa pemakaian suatu alat/metode kontrasepsi tersebut semakin efektif. Permasalahan yang ditimbulkan oleh suatu alat/metode kontrasepsi akan menyebabkan terjadinya pemakaian yang diskontinu. Selain itu, karakteristik suatu alat/metode kontrasepsi dan ketersediaannya juga turut menciptakan suatu perilaku yang mengarah pada terjadinya diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Pemakaian kontrasepsi yang diskontinu juga disebabkan karena memang seseorang itu menginginkan kehamilan. Dari beberapa kemungkinan yang dapat memicu terjadinya pemakaian kontrasepsi yang diskontinu, faktor selain alasan ingin hamil relatif lebih mudah dikontrol agar mengurangi terjadinya peristiwa diskontinuitas pemakaian kontrasepsi, sehingga fokus kebijakan yang diambil nantinya lebih mengarah pada faktor-faktor tersebut. Untuk itu, pada bagian ini akan diulas secara deskriptif mengenai perbedaan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi dengan mengeluarkan episode pemakaian kontrasepsi yang diskontinu karena alasan ingin hamil, yang tersaji dalam Tabel 4.3.

Berdasarkan Tabel 4.3 kolom 5, sebaran distribusi persentase episode pemakaian kontrasepsi secara keseluruhan (mencakup yang diskontinu maupun yang kontinu) masih sama dengan ketika kejadian diskontinu karena ingin hamil belum dikeluarkan. Apabila distribusi persentase dari suatu karakteristik itu mengalami penurunan, berarti kejadian diskontinu karena ingin hamil lebih banyak terjadi di situ. Sebaliknya, jika suatu karakteristik persentasenya meningkat, maka diskontinu karena faktor selain karena ingin hamil lebih banyak terjadi pada karakteristik tersebut. Namun, kenaikan ataupun penurunan persentase yang terjadi tidak terlalu signifikan. Hanya pada karakteristik umur muda yang agak signifikan kenaikan persentasenya, sehingga dapat dikatakan bahwa keinginan untuk hamil banyak dialami oleh wanita usia muda, dan hal ini merupakan hal yang wajar. Adapun untuk karakteristik yang lain, kejadian diskontinu karena ingin hamil hampir merata terjadi di setiap karakteristik tertentu.

Tabel 4.3 Persentase Status Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi (Tanpa Diskontinu Karena Ingin Hamil)

Karakteristik	Pemakaian Kontrasepsi		Jumlah Pemakaian Kontrasepsi	Distribusi Persentase
	Berhenti (Diskontinu)	Berlanjut (Kontinu)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Pemakaian Kontrasepsi</b>				
<i>MKJP</i>	18,2	81,8	100,0 (1.355)	7,7
IUD	18,1	81,9	100,0 (569)	3,2
Susuk	18,3	81,7	100,0 (786)	4,5
<i>non MKJP</i>	37,7	62,3	100,0 (15.098)	85,7
Pil	45,4	54,6	100,0 (4.958)	28,1
Suntik	33,8	66,2	100,0 (9.689)	55,0
Kondom	35,2	64,8	100,0 (409)	2,3
Modern Lainnya	76,2	23,8	100,0 (42)	0,2
<i>Metode Tradisional</i>	33,4	66,6	100,0 (1.161)	6,6
<b>Tingkat Pendidikan</b>				
Rendah	31,5	68,5	100,0 (7.739)	43,9
Menengah ke atas	39,4	60,6	100,0 (9.875)	56,1
<b>Aktivitas Kerja</b>				
Tidak Bekerja	35,4	64,6	100,0 (8.338)	47,3
Bekerja	36,4	63,6	100,0 (9.276)	52,7
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>				
Perkotaan	38,5	61,5	100,0 (7.320)	41,6
Perdesaan	34,2	65,8	100,0 (10.294)	58,4
<b>Tingkat Kekayaan</b>				
Tinggi	38,6	61,4	100,0 (6.645)	37,7
Sedang	36,6	63,4	100,0 (3.309)	18,8
Rendah	33,4	66,6	100,0 (7.660)	43,5
<b>Umur Pemakaian KB</b>				
<25	39,9	60,1	100,0 (5.799)	32,9
25-34	35,1	64,9	100,0 (8.675)	49,3
35+	31,0	69,0	100,0 (3.140)	17,8
<b>PDRB</b>				
< Kuartil 1	34,8	65,2	100,0 (3.591)	20,4
Kuartil 1 - Median	36,7	63,3	100,0 (4.093)	23,2
Median - Kuartil 3	36,8	63,2	100,0 (4.394)	24,9
Kuartil 3 +	35,5	64,5	100,0 (5.536)	31,4
<b>Rasio Fasilitas Kesehatan per PUS</b>				
< 1	35,1	64,9	100,0 (9.932)	56,4
1-1,99	37,0	63,0	100,0 (7.341)	41,7
2+	37,8	62,2	100,0 (341)	1,9

Tabel 4.3 juga menyajikan status pemakaian kontrasepsi menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi, di mana diskontinu karena alasan ingin hamil telah dikeluarkan. Berdasarkan tabel tersebut, status diskontinu menurut alat/metode yang digunakan, persentase episode yang diskontinu yang lebih besar masih tetap terdapat pada kontrasepsi non MKJP, khususnya pil, dibandingkan dengan alat/metode yang lain. Adapun kontrasepsi yang persentase episode bertahannya lebih besar yaitu juga tetap MKJP. Persentase episode yang diskontinu pada pemakaian metode tradisional menjadi jauh lebih kecil daripada pemakaian non MKJP, di mana sebelumnya hanya sedikit lebih kecil. Indikasi ini menandakan bahwa permasalahan diskontinu yang bukan karena alasan ingin hamil lebih banyak terjadi pada pemakaian non MKJP daripada metode tradisional.

Jika ditinjau dari tingkat pendidikannya, persentase episode yang mengalami diskontinu juga masih tetap lebih besar pada wanita dengan tingkat pendidikan menengah ke atas daripada wanita yang tingkat pendidikannya rendah. Adapun bila memperhatikan aktivitas pekerjaannya, persentase episode pemakaian yang diskontinu menjadi lebih besar pada wanita bekerja dibandingkan dengan wanita tidak bekerja. Dengan demikian, kejadian diskontinu karena ingin hamil lebih banyak terjadi pada mereka yang tidak bekerja.

Dari segi daerah tempat tinggal, persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu lebih besar juga masih tetap terjadi di perkotaan. Hal ini juga mengandung pengertian bahwa diskontinu karena faktor selain ingin hamil persentasenya lebih besar terjadi di perkotaan daripada di perdesaan. Adapun dari segi tingkat kekayaannya, juga menunjukkan keadaan yang sama dengan ketika kejadian diskontinu karena ingin hamil belum dikeluarkan, yaitu persentase kejadian diskontinu semakin besar seiring dengan semakin meningkatnya tingkat kekayaannya.

Berdasarkan umur saat pertama kali memulai suatu episode pemakaian kontrasepsi, diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yang tertinggi juga masih tetap terjadi pada kelompok wanita usia kurang dari 25 tahun setelah diskontinu karena alasan ingin hamil tidak disertakan. Namun, selisih persentasenya menjadi semakin lebar. Hal ini berarti wanita yang berusia lebih muda mengalami lebih banyak diskontinu karena alasan ingin hamil, dan sangat lumrah hal ini terjadi. Terlepas dari keinginan untuk hamil, wanita usia muda juga tetap masih lebih banyak mengalami kejadian diskontinu yang disebabkan oleh faktor-faktor lain selain keinginan untuk hamil.

Jika dipandang dari tipe daerahnya menurut PDRB-nya, persentase diskontinuitas pemakaian kontrasepsi setelah kejadian diskontinu karena ingin hamil tidak disertakan, masih tetap menunjukkan keadaan yang relatif tidak berbeda antardaerah. Akan tetapi, antara daerah yang PDRB-nya rendah dengan daerah yang PDRB-nya lebih tinggi menunjukkan sedikit perbedaan, di mana selisih persentasenya menjadi meningkat dari sebelumnya. Gambaran ini menjelaskan bahwa di daerah yang kurang maju, diskontinuitas karena ingin hamil lebih tinggi daripada di daerah yang lebih maju dari sisi perekonomiannya.

Pengamatan dari sisi rasio fasilitas kesehatan per PUS juga menunjukkan keadaan yang sama ketika diskontinu karena ingin hamil tidak dikeluarkan. Wanita yang tinggal di daerah dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS memiliki persentase terbesar untuk diskontinu, sebagaimana yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya.

#### **4.4 Deskripsi Perbedaan Alasan Diskontinu Pemakaian Kontrasepsi**

Ketika seseorang memutuskan untuk menghentikan pemakaian kontrasepsi ataupun mengganti alat/metode kontrasepsi, tentunya mereka mempunyai pertimbangan-pertimbangan tertentu terhadap keputusannya. Oleh karena itu, pada bagian ini perlu dikaji secara bivariat mengenai alasan-alasan seorang wanita itu berhenti ber-KB atau berganti alat/metode kontrasepsi. Dengan melihat alasan diskontinu pemakaian kontrasepsi, diharapkan dapat diketahui karakteristik yang menyebabkan seseorang itu mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsinya.

Tabel 4.4 menyajikan informasi alasan diskontinu pemakaian kontrasepsi yang dinyatakan dalam persentase diskontinu yang terjadi. Sebelum membahas diskontinuitas berdasarkan alasannya, ada baiknya jika sebaran diskontinu yang terjadi dipaparkan terlebih dahulu. Adapun sebarannya ternyata hampir sama dengan sebaran episode pemakaian kontrasepsi secara umum yang telah dibahas sebelumnya. Yang tidak sama yaitu sebaran episode yang diskontinu berdasarkan aktivitas pekerjaan, di mana episode yang diskontinu itu tersebar merata antara wanita bekerja dan wanita tidak bekerja.

Tabel 4.4 Persentase Alasan Diskontinu Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi

Karakteristik (1)	Alasan Diskontinu							Jumlah Pemakaian Kontrasepsi yang Diskontinu (9)	Distribusi Persentase (10)
	Hamil ketika memakai (2)	Ingin hamil (3)	Ingin cara yang lebih efektif (4)	Alasan kesehatan (5)	Masalah akses/ke- terjangkauan (6)	Faktor alat/ metode (7)	Lainnya (8)		
Pemakaian Kontrasepsi MKJP	4,0	24,7	5,2	39,3	3,4	9,1	14,3	100,0	3,8
IUD	6,8	29,5	6,2	35,6	0,0	10,3	11,6	100,0	1,7
Susuk	1,6	20,9	4,4	42,3	6,0	8,2	16,5	100,0	2,1
non MKJP	6,1	24,3	8,9	34,9	2,5	3,4	19,9	100,0	89,0
Pil	9,9	24,7	13,4	29,2	1,3	3,4	18,1	100,0	35,2
Suntik	3,3	24,1	5,4	40,2	3,4	2,9	20,8	100,0	51,1
Kondom	10,3	24,6	14,4	9,7	1,5	12,3	27,2	100,0	2,2
Lainnya	7,5	20,0	35,0	5,0	0,0	7,5	25,0	100,0	0,5
Metode Tradisional	18,7	37,7	15,3	6,1	0,8	5,4	16,0	100,0	7,2
Tingkat Pendidikan									
Rendah	7,0	26,8	8,2	31,1	3,6	4,0	19,4	100,0	39,3
Menengah ke atas	6,9	24,4	9,9	34,2	1,6	3,6	19,4	100,0	60,7
Aktivitas Kerja									
Tidak Bekerja	7,6	28,5	8,6	32,7	1,9	3,9	16,8	100,0	48,8
Bekerja	6,3	22,3	9,9	33,2	2,9	3,5	21,9	100,0	51,2

Tabel 4.4 (sambungan)

Karakteristik	Alasan Diskontinu							Jumlah Pemakaian Kontrasepsi yang Diskontinu	Distribusi Persentase
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Daerah Tempat Tinggal									
Perkotaan	6,7	25,1	9,3	35,0	1,6	3,4	18,9	100,0	44,5
Perdesaan	7,1	25,5	9,2	31,4	3,0	4,0	19,8	100,0	55,5
Tingkat Kekayaan									
Tinggi	6,8	24,3	10,0	35,6	0,8	3,5	19,0	100,0	40,0
Sedang	5,9	23,3	7,7	37,0	2,0	4,4	19,6	100,0	18,6
Rendah	7,5	27,2	9,2	28,7	4,1	3,6	19,7	100,0	41,4
Umur									
<25	5,6	31,5	7,6	32,3	2,4	3,5	17,0	100,0	39,8
25-34	8,2	23,8	10,2	31,8	2,2	3,6	20,2	100,0	47,2
35+	6,3	11,7	10,9	39,5	3,0	4,9	23,7	100,0	13,0
PDRB									
< Kuartil 1	7,0	28,6	10,0	29,8	2,7	5,4	16,6	100,0	20,6
Kuartil 1 - Median	6,5	24,2	7,9	32,7	3,0	3,6	22,1	100,0	23,3
Median - Kuartil 3	6,6	25,1	9,2	33,1	2,4	3,4	20,3	100,0	25,5
Kuartil 3 +	7,5	24,1	9,8	35,3	1,8	3,0	18,5	100,0	30,6
Rasio Fasilitas Kesehatan per PUS									
<1	6,7	25,3	9,1	33,5	2,4	3,7	19,4	100,0	55,2
1-1,99	7,1	25,1	9,5	32,3	2,5	3,7	19,9	100,0	42,6
2+	10,8	29,2	8,1	34,1	2,2	4,9	10,8	100,0	2,1

Berdasarkan Tabel 4.4 tersebut, mereka yang diskontinu karena hamil ketika menggunakan kontrasepsi lebih tinggi persentasenya pada para wanita yang menerapkan metode tradisional. Untuk metode modern, kondom dan pil merupakan alat/metode kontrasepsi yang persentase diskontinunya lebih tinggi untuk alasan hamil ketika memakai. Alasan hamil ketika memakai kontrasepsi mengindikasikan kegagalan pemakaian kontrasepsi. Dengan demikian, dapat dikatakan juga bahwa metode tradisional merupakan metode kontrasepsi yang lebih cepat gagal, sedangkan pil dan kondom merupakan alat kontrasepsi modern yang lebih cepat gagal. Kegagalan pada metode tradisional bisa disebabkan karena metode ini memerlukan kecermatan yang tinggi, sedangkan pada pil dan kondom bisa disebabkan karena kelalaian pemakai atau kualitas alat/metode itu sendiri.

Diskontinu dengan alasan hamil ketika memakai kontrasepsi juga dapat dilihat perbedaannya berdasarkan karakteristik sosioekonomi dan demografi. Perbedaan tersebut tampak ketika persentasenya lebih besar terjadi pada salah satu kategorinya. Kategori yang dimaksud yaitu wanita yang tidak bekerja, tinggal di perdesaan, tingkat kekayaannya rendah, umur waktu awal memakainya 25-34 tahun, dan tinggal di daerah dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS tinggi. Karakteristik tersebut hampir sama dengan karakteristik yang memakai kontrasepsi metode tradisional, sehingga dugaan bahwa metode tradisional merupakan metode yang kurang efektif dengan terjadinya diskontinu karena kegagalan kontrasepsi semakin kuat.

Untuk alasan diskontinu karena ingin hamil, pengguna metode tradisional memiliki persentase diskontinu yang lebih besar dibandingkan non MKJP dan MKJP. Untuk alat/metode kontrasepsi modern, non MKJP yang lebih besar persentase diskontinu karena ingin hamil. Namun, jika dilihat per metode yang spesifik, IUD memiliki persentase diskontinu yang lebih besar dengan alasan karena ingin hamil. Berdasarkan informasi tersebut, ketika seseorang yang menggunakan MKJP ingin hamil (dalam hal ini IUD), berarti ia telah mengatur jarak kelahirannya dengan waktu yang relatif cukup (tidak terlalu rapat), mengingat MKJP merupakan metode kontrasepsi yang pemakaiannya untuk jangka panjang.

Jika diskontinuitas pemakaian kontrasepsi karena ingin hamil dilihat perbedaannya berdasarkan karakteristik sosioekonomi dan demografi, akan terlihat perbedaan itu pada karakteristik tingkat pendidikan, aktivitas kerja, tingkat kekayaan, umur saat permulaan memakai, tingkat kemajuan daerah, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS di daerahnya. Wanita yang berpendidikan menengah ke atas memiliki persentase diskontinu karena ingin hamil yang lebih besar daripada wanita yang berpendidikan rendah. Jika ditinjau dari umur waktu permulaan memakai kontrasepsi tersebut, wanita berumur muda memiliki persentase yang lebih besar untuk diskontinu karena ingin hamil. Suatu hal yang wajar terjadi ketika seseorang yang baru menikah (umur muda) akhirnya memutuskan untuk mempunyai anak, sehingga ia memutuskan untuk diskontinu pemakaian kontrasepsinya. Wanita yang berumur muda ini (usia di bawah 25 tahun) juga merupakan generasi yang lahir di era yang lebih modern, sehingga dari segi pendidikan biasanya juga lebih baik. Maka dari itu, diskontinuitas karena ingin hamil antara karakteristik umur dan tingkat pendidikan ini relatif sejalan.

Pada sisi yang lain, diskontinuitas karena ingin hamil juga menunjukkan bahwa wanita tidak bekerja memiliki persentase diskontinu karena ingin hamil yang lebih besar daripada wanita bekerja, dan wanita yang tingkat kekayaannya rendah juga memiliki persentase yang lebih besar untuk diskontinu dengan alasan ingin hamil dibandingkan dengan wanita yang berada pada tingkat kekayaan tinggi dan sedang. Gambaran seseorang yang tidak bekerja dan tingkat kekayaannya rendah ini akan lebih memandang nilai anak sebagai aset yang dapat membantu memperbaiki kehidupan rumah tangganya. Pandangan semacam ini mungkin saja muncul mengingat persentase diskontinu karena ingin hamil pada daerah yang kurang maju, di mana PDRB-nya rendah, lebih besar daripada daerah yang lebih maju lainnya.

Daerah yang kurang maju identik dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang tinggi, karena daerah tersebut berpenduduk relatif lebih sedikit. Maka dari itu, persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu berdasarkan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang dimiliki sejalan dengan keadaan berdasarkan kemajuan daerah, yaitu daerah dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang tinggi memiliki persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu lebih besar.



Diskontinuitas kontrasepsi dengan alasan karena ingin alat/cara yang lebih efektif, lebih besar persentasenya pada pengguna metode tradisional, sedangkan untuk metode modern, persentase terbesar terjadi pada pemakai kondom dan pil. Dengan beralasan demikian, berarti bahwa alat/metode yang sedang dipakai tersebut secara relatif dipandang kurang efektif, sehingga mereka para penggunanya menginginkan alternatif lain yang relatif lebih efektif.

Jika dilihat menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi, diskontinu dengan alasan ingin cara yang lebih efektif menunjukkan perbedaan pada karakteristik umur saat awal pemakaian, di mana diskontinu dengan alasan ini persentasenya makin meningkat sejalan dengan umur yang semakin tua. Sangat lumrah jika seseorang yang berumur semakin tua lebih menginginkan alat/cara yang lebih efektif karena mereka telah mengalami penurunan preferensi kelahiran, apalagi melahirkan di saat umur tua akan sangat berisiko. Selain itu, wanita dengan tingkat kekayaan tinggi juga mempunyai persentase yang lebih besar untuk diskontinu karena menginginkan cara yang lebih efektif. Hal ini diduga karena mereka lebih memiliki kemampuan untuk mengganti alat/metode kontrasepsinya ketika cara yang lama dirasa kurang efektif.

Apabila diskontinuitas kontrasepsi ini dilihat dari sisi alasan kesehatan (termasuk karena efek samping), MKJP mempunyai persentase yang lebih besar untuk itu. Jika dilihat lebih spesifik lagi, susuklah yang lebih menjelaskan fenomena tersebut, sedangkan pada non MKJP, persentase terbesar terdapat pada suntik. Susuk dan suntik merupakan alat kontrasepsi hormonal. Jadi, seseorang berhenti atau berganti alat/metode karena alasan kesehatan lebih terjadi pada para pengguna alat/metode kontrasepsi hormonal. Dengan kata lain, alat kontrasepsi hormonal lebih banyak menimbulkan masalah kesehatan bagi penggunanya, sehingga mengakibatkan mereka banyak mengalami diskontinuitas pemakaiannya karena alasan ini.

Perbedaan diskontinu karena alasan kesehatan menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi, terlihat pada setiap karakteristik, meskipun perbedaannya kecil. Perbedaan itu terlihat dari persentase diskontinu karena alasan kesehatan yang lebih besar terjadi pada wanita berpendidikan menengah ke atas, bekerja, tinggal di perkotaan, tingkat kekayaannya sedang atau tinggi, berumur di atas 34 tahun, dan tinggal di daerah yang tidak "miskin".

Dampak terhadap kesehatan karena menggunakan alat/metode kontrasepsi, terutama yang hormonal, hampir terjadi pada setiap wanita dengan berbagai latar belakangnya dan sangat susah untuk dihindari. Besarnya nilai persentasenya menunjukkan cukup banyak yang mengalami diskontinu karena alasan kesehatan. Kondisi ini terjadi disebabkan juga karena prevalensi pemakaian suntik, yang *notabene* alat/metode kontrasepsi hormonal, menempati peringkat tertinggi di antara pemakaian alat/metode yang lain. Adapun diskontinu karena alasan ini lebih terjadi pada karakteristik dengan kategori yang “tinggi”, disebabkan karena mereka lebih memiliki pengetahuan, akses, dan rasa perhatian terhadap kesehatannya.

Untuk alasan keterjangkauan, yang terkait dengan ketersediaan dan biaya, diskontinuitas kontrasepsi lebih terjadi pada pengguna susuk, di mana persentase diskontinu karena alasan ini lebih besar daripada alat/metode yang lain. Karakteristik susuk yang memerlukan tenaga khusus untuk memasangnya dan faktor biaya yang relatif lebih mahal dimungkinkan sebagai sebab enggan seseorang menggunakan alat kontrasepsi ini.

Karakteristik yang lebih mengalami diskontinu karena alasan keterjangkauan terlihat pada daerah tempat tinggal, tingkat pendidikan, dan tingkat kekayaan, di mana wanita yang tinggal di perdesaan, berpendidikan rendah, dan tingkat kekayaannya juga rendah memiliki persentase lebih besar untuk diskontinu karena alasan ini dibandingkan dengan kategori yang sebaliknya. Sebagaimana pada pembahasan sebelumnya, disebutkan bahwa karakteristik seperti ini juga terjadi pada pemakaian susuk. Pemakaian tersebut diduga karena program yang mungkin sedang dijalankan dengan target mereka yang tinggal di perdesaan, di mana mereka kebanyakan juga berpendidikan rendah dan miskin. Tatkala mereka ingin meneruskan pemakaiannya, kendala yang dihadapi selanjutnya adalah akses dan keterjangkauan untuk mendapatkannya.

Selanjutnya, ada pula diskontinu pemakaian kontrasepsi yang disebabkan karena masalah alat itu sendiri, seperti kurang nyaman atau alat tersebut lepas sendiri. Persentase diskontinu karena alasan ini lebih besar terjadi pada pemakai kondom. Faktor dominan terkait dengan pemakaian kondom ini biasanya adalah kekurangnyamanan penggunaannya. Karena faktor itulah yang mengakibatkan pengguna kondom beralih pada alat/metode kontrasepsi yang lainnya atau bahkan tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi sama sekali. Jika dikelompokkan,

MKJP memiliki persentase diskontinu karena faktor alat yang lebih besar dari non MKJP. Gejala yang terjadi pada MKJP ini lebih disebabkan karena faktor lepasnya alat itu dengan sendirinya.

Perbedaan diskontinu karena faktor alat ini lebih terlihat pada karakteristik umur, aktivitas kerja, tingkat pendidikan, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS. Wanita yang berumur 35 tahun ke atas mempunyai persentase yang paling tinggi dalam hal diskontinu karena faktor alat/metode ini, karena sebenarnya wanita pada kelompok usia itu persentasenya juga lebih besar dalam pemakaian MKJP, di mana sebelumnya telah disebutkan bahwa MKJP lebih berpeluang untuk diskontinu karena alasan ini. Adapun menurut karakteristik tingkat pendidikan, aktivitas kerja, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS, wanita berpendidikan rendah, bekerja, dan tinggal di daerah dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang rendah juga memiliki persentase lebih besar untuk diskontinu karena faktor alat/metode dibandingkan dengan kategori sebaliknya.

#### **4.5 Deskripsi Perbedaan Durasi Pemakaian Kontrasepsi**

##### **4.5.1 Perbedaan Durasi Pemakaian Kontrasepsi Secara Umum**

Pada pemakaian kontrasepsi yang diskontinu, selain diperhatikan alasannya, perlu juga diperhatikan durasi pemakaiannya dari awal pemakaian hingga diskontinu. Dengan melakukan demikian, dapat diketahui pemakaian kontrasepsi menurut lama pemakaiannya. Selain itu, dilihat pula rata-rata dan median (nilai tengah) pemakaian kontrasepsi pada karakteristik tertentu. Informasi secara lengkap tersaji dalam Tabel 4.5.

Berdasarkan Tabel 4.5 tersebut, persentase tertinggi pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 12 bulan adalah pemakaian non MKJP. Bahkan hingga 24 bulan pun non MKJP tetap memiliki persentase yang tertinggi, yang berarti dalam rentang waktu 24 bulan pemakaian non MKJP lebih berpeluang terjadi diskontinu. Selanjutnya, jika diteruskan hingga pemakaian 36 bulan, metode yang paling tinggi persentase diskontinunya ialah metode tradisional. Metode tradisional juga tetap memiliki persentase tertinggi pada pemakaian hingga 48 bulan.

Tabel 4.5. Persentase Kumulatif Durasi Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi

Karakteristik	Kumulatif Durasi Pemakaian					Mean (bulan)	Median (bulan)
	1-12	1-24	1-36	1-48	1-57		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<b>Alat/Metode Kontrasepsi</b>							
<i>MKJP</i>	29,0	52,4	74,4	95,7	100,0	24,3	21,5
IUD	36,3	61,6	83,6	95,2	100,0	21,2	17,9
Susuk	23,1	45,1	67,0	96,2	100,0	26,7	26,8
<i>non MKJP</i>	61,1	81,9	93,5	99,0	100,0	14,2	8,7
Pil	69,3	87,8	96,3	99,4	100,0	12,1	7,7
Suntik	54,6	77,2	91,4	98,7	100,0	15,9	9,7
Kondom	76,6	94,8	97,9	99,5	100,0	10,2	7,0
Modern Lainnya	80,0	95,0	95,0	100,0	100,0	10,1	6,8
<i>Metode Tradisional</i>	50,1	79,5	95,7	99,5	100,0	15,5	10,5
<b>Tingkat Pendidikan</b>							
Rendah	55,9	78,5	91,8	98,7	100,0	15,5	9,4
Menengah ke atas	61,2	82,0	93,7	99,0	100,0	14,2	8,7
<b>Aktivitas Kerja</b>							
Tidak Bekerja	58,2	80,9	93,3	99,2	100,0	14,7	9,1
Bekerja	59,9	80,4	92,6	98,6	100,0	14,7	8,8
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>							
Perkotaan	59,2	81,1	93,4	99,1	100,0	14,5	8,9
Pedesaan	59,0	80,2	92,6	98,8	100,0	14,8	9,0
<b>Tingkat Kekayaan</b>							
Tinggi	59,9	80,8	92,4	98,7	100,0	14,6	8,8
Sedang	61,3	81,7	94,0	99,2	100,0	14,1	8,7
Rendah	57,4	80,0	92,5	99,0	100,0	15,0	9,2
<b>Umur Awal Pemakaian</b>							
<25	58,1	79,7	92,4	98,8	100,0	15,0	9,1
25-34	58,4	80,3	92,7	98,9	100,0	14,8	9,1
35+	64,6	84,6	95,4	99,2	100,0	13,2	8,2
<b>PDRB</b>							
< Kuartil 1	55,7	79,6	92,2	98,7	100,0	15,3	9,5
Kuartil 1 - Median	60,7	81,2	93,3	99,1	100,0	14,4	8,7
Median - Kuartil 3	61,0	81,5	93,6	98,9	100,0	14,3	8,7
Kuartil 3 +	58,7	80,3	92,7	98,8	100,0	14,8	9,0
<b>Rasio Fasilitas Kesehatan per PUS</b>							
< 1	59,6	80,7	92,9	98,9	100,0	14,6	8,9
1 - 1,99	58,4	80,6	92,9	98,9	100,0	14,8	9,1
2+	58,5	80,3	95,6	98,9	100,0	14,5	9,1

Jika lebih spesifik lagi, pemakaian kondom memiliki persentase tertinggi dalam pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 12 bulan. Pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 24 bulan dan 36 bulan pun kondom tetap memiliki persentase tertinggi. Bahkan persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 48 bulan yang tertinggi terjadi pada pemakaian kondom dan metode tradisional. Dengan demikian, kondom merupakan alat kontrasepsi yang mudah diskontinu, karena banyak episode pemakaian kondom yang hanya mampu bertahan dalam waktu yang pendek.

Secara rata-rata, kontrasepsi yang paling lama pemakaiannya dalam rentang waktu lima tahun adalah susuk, yaitu sebesar 26,7 bulan. Demikian juga dengan mediannya, susuk juga memiliki masa pakai yang lebih tinggi di antara metode yang lainnya. Dengan median pemakaian kontrasepsi sebesar 26,8 bulan, berarti separuh pemakai susuk telah mengalami diskontinu dalam waktu 26,8 bulan. Keadaan sebaliknya sebagaimana pada pemakaian kondom, secara rata-rata pemakaiannya hanya bertahan sampai 10,2 bulan. Jika dilihat dari mediannya, separuh pemakai kondom telah mengalami diskontinu dalam waktu 7 bulan pertama. Yang menarik di sini, rata-rata dan median pemakaian metode tradisional ternyata masih lebih lama daripada rata-rata dan median pemakaian non MKJP secara umum. Hal ini tentu perlu menjadi perhatian, karena pemakaian metode tradisional diduga kurang efektif.

Jika dilihat berdasarkan karakteristik sosioekonomi dan demografi, perbedaan pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga durasi waktu 12 bulan, terdapat pada karakteristik tingkat pendidikan, tingkat kekayaan, umur saat awal pemakaian, dan kemajuan daerah. Pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 12 bulan menurut tingkat pendidikan, menunjukkan bahwa wanita berpendidikan menengah ke atas lebih besar persentasenya daripada wanita berpendidikan rendah. Karakteristik seperti ini serupa dengan pemakaian kondom menurut pendidikan, sehingga hal ini diharapkan mampu menjelaskan mengapa wanita berpendidikan menengah ke atas lebih besar persentase pemakaian yang diskontinu hingga 12 bulan. Adapun menurut karakteristik lainnya, wanita yang tingkat kekayaannya tidak rendah, berumur 35 tahun ke atas, dan tinggal di daerah yang kemajuannya sedang, memiliki persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 12 bulan lebih besar dibandingkan dengan kategori lainnya.

Selanjutnya, jika durasi pemakaiannya diperpanjang hingga 24 bulan, perbedaan pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga durasi waktu 24 bulan tersebut, terdapat pada karakteristik tingkat pendidikan, umur saat awal pemakaian, dan kemajuan daerah. Persentase yang lebih besar masih tetap seperti pada waktu pemakaian hingga 12 bulan, yaitu wanita berpendidikan menengah ke atas, berumur 35 tahun ke atas, dan tinggal di daerah yang kemajuannya sedang.

Jika durasi pemakaiannya diperpanjang lagi hingga 36 bulan, perbedaan pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga durasi waktu 36 bulan tersebut, terdapat pada karakteristik tingkat pendidikan dan umur saat awal pemakaian. Persentase yang lebih besar juga masih tetap seperti pada waktu pemakaian hingga 12 bulan dan 24 bulan, yaitu wanita yang berpendidikan menengah ke atas dan yang berumur 35 tahun ke atas, memiliki persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 36 bulan lebih besar dibandingkan dengan kategori lainnya pada karakteristik yang sama.

Ketika diperpanjang lagi durasi pemakaiannya hingga 48 bulan, pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga durasi waktu 48 bulan tersebut, tidak lagi terlihat perbedaannya pada setiap karakteristik sosioekonomi dan demografi yang diamati. Tidak adanya perbedaan pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga durasi 48 bulan menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi, diduga karena pemakaian hingga durasi tersebut umumnya menggunakan MKJP pada setiap karakteristiknya, di mana pemakaian MKJP pada periode pemakaian hingga 48 bulan merupakan pemakaian yang persentase diskontinunya paling rendah.

Jika dilihat rata-rata dan median pemakaian menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi, tidak terdapat perbedaan yang berarti antar kategorinya. Kisaran rata-rata pemakaian kontrasepsi berlangsung selama 14-15 bulan. Adapun mediannya berkisar 8-9 bulan, yang artinya bahwa setengah dari wanita dengan karakteristik sosioekonomi tertentu hanya mampu bertahan menggunakan kontrasepsi hingga 8-9 bulan.

#### 4.5.2 Perbedaan Durasi Pemakaian Kontrasepsi Tanpa Alasan Ingin Hamil

Untuk melihat durasi pemakaian kontrasepsi dari kejadian-kejadian diskontinu karena sebab yang ditimbulkan oleh alat/metode kontrasepsi ataupun ketersediaannya, perlu disajikan persentase kumulatif durasi tersebut tanpa menyertakan kejadian diskontinu karena alasan ingin hamil. Perlakuan ini akan dapat lebih spesifik mengetahui lamanya pemakaian kontrasepsi hingga akhirnya diskontinu karena faktor yang relatif mudah dikontrol.

Berdasarkan Tabel 4.6, di mana kejadian diskontinu karena alasan ingin hamil tidak diikuti dalam penyajiannya, pemakaian non MKJP masih tetap seperti sebelumnya, yaitu memiliki persentase pemakaian kontrasepsi tertinggi yang diskontinu hingga 12 bahkan hingga 24 bulan. Selanjutnya, hingga pemakaian 36 bulan, metode yang paling tinggi persentase diskontinunya ialah metode tradisional di antara metode yang lain (MKJP dan non MKJP). Metode tradisional tetap memiliki persentase tertinggi pada pemakaian hingga 48 bulan.

Jika lebih spesifik lagi, pemakaian kondom juga masih tetap memiliki persentase tertinggi dalam pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 12 bulan, 24 bulan, dan 36 bulan. Persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 48 bulan yang tertinggi juga terjadi pada pemakaian kondom, dan juga metode tradisional. Dengan demikian, sama halnya dengan adanya diskontinu karena ingin hamil, kondom merupakan alat kontrasepsi yang mudah diskontinu, karena banyak episode pemakaian kondom yang hanya mampu bertahan dalam waktu yang pendek.

Secara rata-rata, kontrasepsi yang paling lama pemakaiannya dalam rentang waktu lima tahun juga masih tetap susuk, yaitu sebesar 25,9 bulan. Demikian juga dengan mediannya, susuk juga memiliki masa pakai yang lebih tinggi di antara alat/metode yang lainnya. Berdasarkan mediannya, separuh pemakai susuk telah mengalami diskontinu karena sebab selain ingin hamil dalam waktu 25,9 bulan. Pemakaian kondom merupakan pemakaian yang menggambarkan keadaan yang sebaliknya, secara rata-rata pemakaiannya hanya bertahan sampai 9,2 bulan, menjadi lebih singkat sekitar satu bulan jika dibandingkan ketika diskontinu karena alasan ingin hamil disertakan. Mediannya pun juga sedikit menurun, di mana separuh pemakai kondom telah mengalami diskontinu dalam waktu 6,4 bulan pertama.

Tabel 4.6 Persentase Kumulatif Durasi Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Sosioekonomi dan Demografi (Tanpa Diskontinu Karena Alasan Ingin Hamil)

Karakteristik	Kumulatif Durasi Pemakaian					Mean (bulan)	Median (bulan)
	1-12	1-24	1-36	1-48	1-57		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<b>Alat/Metode Kontrasepsi</b>							
<i>MKJP</i>	34,4	57,1	75,7	96,8	100,0	22,8	19,4
IUD	45,6	70,9	87,4	97,1	100,0	18,3	14,2
Susuk	26,4	47,2	67,4	96,5	100,0	25,9	25,9
<i>non MKJP</i>	66,1	85,0	94,7	99,2	100,0	13,1	8,1
Pil	74,1	90,3	97,2	99,5	100,0	11,1	7,2
Suntik	59,5	80,7	92,9	98,9	100,0	14,6	8,9
Kondom	85,4	95,1	97,2	99,3	100,0	9,2	6,4
Modern Lainnya	81,3	93,8	93,8	100,0	100,0	10,3	6,7
<i>Metode Tradisional</i>	57,0	83,8	96,4	99,5	100,0	14,1	9,3
<b>Tingkat Pendidikan</b>							
Rendah	60,9	81,9	93,1	98,9	100,0	14,3	8,7
Menengah ke atas	66,4	85,0	94,7	99,2	100,0	13,0	8,0
<b>Aktivitas Kerja</b>							
Tidak Bekerja	63,7	84,2	94,5	99,5	100,0	13,5	8,4
Bekerja	64,8	83,5	93,7	98,8	100,0	13,6	8,2
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>							
Perkotaan	63,8	84,1	94,2	99,3	100,0	13,5	8,3
Pedesaan	64,6	83,6	94,0	99,0	100,0	13,5	8,2
<b>Tingkat Kekayaan</b>							
Tinggi	65,3	84,2	94,2	98,9	100,0	13,4	8,2
Sedang	64,8	84,0	94,6	99,3	100,0	13,4	8,2
Rendah	63,0	83,3	93,8	99,2	100,0	13,8	8,4
<b>Umur Awal Pemakaian</b>							
<25	63,1	83,5	94,2	99,0	100,0	13,7	8,4
25-34	64,2	83,4	93,6	99,2	100,0	13,6	8,3
35+	66,9	85,7	95,6	99,1	100,0	12,8	8,0
<b>PDRB</b>							
< Kuartil 1	63,5	83,7	93,5	98,9	100,0	13,7	8,4
Kuartil 1 - Median	66,3	84,5	94,7	99,5	100,0	13,1	8,0
Median - Kuartil 3	65,8	84,7	94,6	99,1	100,0	13,2	8,1
Kuartil 3 +	62,0	82,6	93,5	99,0	100,0	14,0	8,6
<b>Rasio Fasilitas Kesehatan per PUS</b>							
< 1	64,1	83,6	93,9	99,0	100,0	13,6	8,3
1 - 1,99	64,5	84,0	94,3	99,2	100,0	13,9	8,1
2+	64,3	84,5	96,9	100,0	100,0	13,0	9,1



Jika dilihat berdasarkan karakteristik sosioekonomi dan demografi, perbedaan pemakaian kontrasepsi yang diskontinu karena alasan selain ingin hamil hingga durasi waktu 12 bulan, masih tetap terdapat pada karakteristik tingkat pendidikan, tingkat kekayaan, umur saat awal pemakaian, dan kemajuan daerah. Pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 12 bulan menurut tingkat pendidikan, menunjukkan bahwa wanita yang berpendidikan menengah ke atas lebih besar persentasenya daripada wanita yang berpendidikan rendah. Adapun menurut karakteristik yang lain, wanita yang tingkat kekayaannya tidak rendah, berumur 35 tahun ke atas, dan tinggal di daerah dengan kemajuan sedang, memiliki persentase pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga 12 bulan lebih besar dibandingkan dengan kategori lainnya. Sekali lagi ditegaskan bahwa kondisi ini menunjukkan durasi pemakaian hingga diskontinu karena alasan selain ingin hamil.

Jika durasi pemakaiannya diperpanjang hingga 24 bulan, perbedaan pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga durasi waktu 24 bulan tersebut, terdapat pada karakteristik tingkat pendidikan, umur saat awal pemakaian, dan kemajuan daerah. Persentase yang lebih besar masih tetap seperti pada waktu pemakaian hingga 12 bulan, yaitu wanita yang berpendidikan menengah ke atas, berumur 35 tahun ke atas, dan tinggal di daerah yang kemajuannya sedang. Gambaran tersebut masih tidak berubah sebagaimana ketika kejadian diskontinu karena ingin hamil diperhitungkan.

Jika durasi pemakaiannya diperpanjang lagi hingga 36 bulan, perbedaan pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga durasi waktu 36 bulan tersebut, terlihat tidak menunjukkan perbedaan. Perbedaan karakteristik sosioekonomi dan demografi tidak lagi memperlihatkan perbedaan kejadian diskontinu karena sebab di luar ingin hamil pada durasi pemakaian hingga 36 bulan. Alasan seperti hamil ketika memakai, alasan kesehatan, masalah akses, dan sebagainya ternyata lebih terlihat perbedaan antar kategori pada karakteristik yang telah dijelaskan hingga pemakaian mencapai 24 bulan. Ketika durasi pemakaiannya diperpanjang lagi hingga 48 bulan, pemakaian kontrasepsi yang diskontinu hingga durasi waktu 48 bulan tersebut, makin tidak terlihat perbedaannya pada setiap karakteristik sosioekonomi dan demografi yang diamati.

Jika dilihat rata-rata dan median pemakaian menurut karakteristik sosioekonomi dan demografi, juga tidak terdapat perbedaan yang berarti antar kategorinya jika dibandingkan dengan rata-rata dan median ketika diskontinu karena ingin hamil dimasukkan. Kisaran rata-rata pemakaian kontrasepsinya pun menjadi turun sekitar 13-14 bulanan. Adapun mediannya relatif tetap, yaitu bekisar 8-9 bulan, yang artinya bahwa setengah dari wanita dengan karakteristik sosioekonomi tertentu hanya mampu bertahan menggunakan kontrasepsi hingga 8-9 bulan disebabkan faktor selain ingin hamil.

#### 4.6 Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi

Banyak faktor yang mempengaruhi seseorang dalam menentukan pilihannya untuk memilih alat/metode kontrasepsi. Berbagai pertimbangan pun diperhitungkan guna mendapatkan kontrasepsi yang sesuai. Pertimbangan biaya, kemudahan, efek samping, dan masa perlindungan merupakan alasan logis untuk menentukan pilihan. Namun, satu hal yang perlu dicatat di sini yaitu perihal efektivitas pemakaiannya.

Alat/metode kontrasepsi dirancang sedemikian rupa untuk mencegah terjadinya pembuahan yang berujung pada terjadinya kehamilan. Dengan demikian, secara *theoretical effectiveness* seluruh alat/metode kontrasepsi bisa dikatakan efektif mencegah terjadinya kehamilan. Alat/metode kontrasepsi tersebut juga memiliki karakteristik tersendiri yang membuat kinerjanya efektif, seperti cara pemakaian dan aturan-aturan lainnya. Ketika kaidah tersebut tidak terpenuhi, terjadilah kegagalan pemakaian kontrasepsi. Untuk itu, berdasarkan data SDKI 2007, perlu diketahui bagaimana kondisi terkini efektivitas pemakaian kontrasepsi di Indonesia, sehingga tercermin alat/metode kontrasepsi apa yang memiliki tingkat kegagalan yang lebih rendah atau efektivitasnya lebih tinggi. Berikut disajikan hasil penghitungan angka kegagalan dan efektivitas pemakaian kontrasepsi yang dihitung menggunakan metode tidak langsung.

Berdasarkan Tabel 4.7 berikut, di luar alat/metode modern lainnya, pil merupakan metode kontrasepsi yang tingkat kegagalannya paling tinggi, yaitu mencapai 3,05 persen dalam setahun, yang berarti bahwa terdapat 3 peristiwa

kegagalan di antara 100 wanita pengguna pil dalam waktu satu tahun. Adapun efektivitas yang dihasilkan oleh pil yaitu sebesar 97,4 persen. Penyebab atas kekurangefektifan pil dibandingkan alat/metode modern (selain alat/metode modern lainnya) lainnya diduga karena karakteristik penggunaan pil tersebut yang mengharuskan penggunaannya meminumnya secara teratur sesuai dengan urutannya. Tatkala terjadi kelengahan oleh pengguna pil ini, timbullah kegagalan pemakaian kontrasepsi pil tersebut. Yang menarik di sini, meskipun efektivitasnya relatif lebih rendah, prevalensinya termasuk tinggi di antara yang lain, yaitu sebesar 13,2 persen (tertinggi kedua setelah suntik). Kondisi ini dimungkinkan karena ketersediaannya yang lebih merata, di mana-mana ada, dan harganya yang relatif lebih terjangkau bahkan gratis, serta penggunaannya yang sederhana, tanpa pertolongan tenaga medis.

Tabel 4.7 Angka Kegagalan Kontrasepsi dan Efektivitas Kontrasepsi Berdasarkan Alat/Metode Kontrasepsi

Metode Kontrasepsi	Angka Prevalensi Kontrasepsi	Angka Kegagalan Bulanan	Efektivitas Kontrasepsi	Angka Kegagalan Tahunan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<i>MKJP</i>	10,9	0,02	99,8	0,28
Sterilisasi	3,3	0,00	100,0	0,00
IUD	4,9	0,04	99,6	0,42
Susuk	2,8	0,03	99,7	0,35
<i>non MKJP</i>	46,4	0,12	98,8	1,42
Pil	13,2	0,26	97,4	3,05
Suntikan	31,8	0,06	99,4	0,73
Kondom	1,3	0,10	99,0	1,15
Lainnya	0,0	1,44	85,6	15,92
<i>Tradisional</i>	4,0	0,30	97,0	3,53
<b>Semua Metode</b>	<b>61,4</b>	<b>0,11</b>	<b>98,9</b>	<b>1,36</b>

Perbandingan antara MKJP, non MKJP, dan metode tradisional menunjukkan bahwa efektivitas MKJP lebih tinggi di antara yang lainnya dengan efektivitas sebesar 99,8 persen dan tingkat kegagalan tahunan sebesar 0,28 persen. Hal ini karena jenis alat/metode kontrasepsinya yang bersifat jangka panjang. Bahkan sterilisasi relatif bersifat permanen pemakaiannya, sehingga sangat wajar jika efektivitasnya bisa mencapai 100 persen. Sebenarnya keberhasilan atas efektivitas MKJP terletak pada waktu pemasangannya. Jika pemasangannya tepat, maka pemakaiannya akan berjalan dengan efektif. Dengan efektivitas MKJP yang mendekati 100 persen, menunjukkan bahwa sumber daya pelayanan MKJP sudah cukup baik. Sekarang tinggal bagaimana menarik minat masyarakat untuk menggunakan MKJP, yang terdiri atas sterilisasi (baik sterilisasi wanita maupun sterilisasi pria), IUD (*intrauterine device*), dan susuk/*implant*, yang telah terbukti keefektifannya.

Di antara MKJP, non MKJP, dan metode tradisional, terlihat pula bahwa metode tradisional yang memiliki efektivitas yang lebih rendah dibandingkan dengan MKJP dan non MKJP. Angka kegagalan metode tradisional adalah sebesar 3,53 persen setahun. Angka tersebut menjelaskan bahwa terdapat 3-4 kegagalan di antara 100 orang yang menggunakan metode tradisional. Karakteristik metode ini yang membutuhkan kecermatan yang tinggi bagi pelakunya mengakibatkan efektivitasnya relatif lebih rendah dibandingkan dengan metode lainnya. Metode tradisional yang meliputi pantang berkala (sistem kalender), senggama terputus, jamu, pijat, dan sebagainya, pada sebagian kelompok masyarakat lebih diminati sehubungan dengan penerapannya yang tanpa menimbulkan efek pada kesehatan. Bahkan prevalensinya (4,0) lebih besar dibandingkan dengan kondom (1,3), susuk (2,8), ataupun sterilisasi (3,3). Padahal metode-metode tersebut efektivitasnya lebih besar daripada metode tradisional, di mana masing-masing berturut-turut memiliki efektivitas sebesar 99,0 persen, 99,7 persen, dan 100,0 persen. Jadi, dapat dikatakan bahwa efektivitas di sini kurang menentukan pilihan pemakaian kontrasepsi. Prinsip kenyamanan, kemudahan, dan kemurahan masih berlaku di masyarakat pada umumnya.

#### 4.7 Defisit Fertilitas yang Dijelaskan Efektivitas Kontrasepsi

Efektivitas kontrasepsi secara keseluruhan di Indonesia berdasarkan data SDKI 2007 adalah sebesar 98,9 persen. Dengan semakin efektifnya pemakaian kontrasepsi, ditambah dengan relatif stabilnya angka prevalensi kontrasepsi, melahirkan angka fertilitas sebesar 2,6 anak per ibu. Meskipun angka ini bisa dikatakan stagnan jika melihat pencapaian pada tahun-tahun sebelumnya (TFR berdasarkan SDKI 2002-2003 sebesar 2,6), angka terbaru tersebut masih dapat menciptakan defisit fertilitas.

Defisit fertilitas terjadi apabila pencapaian TFR lebih rendah daripada TFR yang diharapkan. TFR yang diharapkan diperoleh dari persamaan regresi linier sederhana yang dibentuk berdasarkan data TFR dan CPR tahun 2007 dari 92 negara berkembang di dunia yang bersumber dari *Population Reference Bureau*. Dengan memasukkan pencapaian CPR Indonesia tahun 2007 ke dalam persamaan, diperolehlah TFR yang diharapkan tersebut. Apabila TFR yang dicapai lebih rendah daripada TFR yang diharapkan, terjadilah defisit fertilitas, sebagaimana proses penghitungan pada Tabel 4.8 berikut ini.

Tabel 4.8 Penghitungan Defisit Fertilitas (*Observed Fertility Deficit*)

Persamaan Regresi antara TFR & CPR:	$Y = 6,55 - 6,20 \text{ CPR}$
CPR = 61%	
= 0,61	
TFR yang diharapkan (exp. TFR)	$= 6,55 - 6,20 * 0,61$
	$= 2,8$
TFR Indonesia 2007 (obs. TFR)	$= 2,6$
Defisit Fertilitas (Defisit obs. TFR)	$= \text{exp. TFR} - \text{obs. TFR}$
	$= 2,8 - 2,6$
	$= 0,2$

Terjadinya defisit fertilitas ini diduga karena berperannya efektivitas kontrasepsi dalam pengendalian fertilitas. Untuk itu, perlu dilihat bagaimana pencapaian fertilitas tanpa kontribusi efektivitas kontrasepsi. Untuk selanjutnya, angka fertilitas yang dihasilkan biasa disebut dengan TFR yang disesuaikan. Melalui penghitungan sebagaimana yang terdapat pada Tabel 4.9, diperoleh TFR yang disesuaikan sebesar 3,39 anak per ibu. Sungguh suatu lonjakan yang sangat

signifikan jika efektivitas kontrasepsi yang sebesar 98,85 persen itu tidak berperan dalam pengendalian fertilitas. Dengan demikian, defisit yang akan terjadi (*adjusted fertility deficit*) adalah sebesar -0,6. Tanda negatif tersebut mempunyai arti bahwa bukanlah defisit fertilitas yang terjadi, melainkan ekse fertilitaslah yang akan terwujud. Jadi, benarlah dugaan di awal tadi bahwa efektivitas kontrasepsi mempunyai peranan penting dalam terjadinya defisit fertilitas yang terjadi di Indonesia.

Tabel 4.9. Penghitungan Defisit Fertilitas yang Disesuaikan  
(*Adjusted Fertility Deficit*)

CPR (u)	= 61%
	= 0,61
Tingkat efektivitas kontrasepsi (e)	= 98,85 %
	= 0,9885
Tingkat efektivitas kontrasepsi secara implisit (e')	= 0,83
Indeks Kontrasepsi hasil observasi (C <sub>e</sub> )	= 1 - 1,08ue
	= 1 - 1,08*0,61*0,9885
	= 0,34
Indeks Kontrasepsi yang diharapkan (C' <sub>e</sub> )	= 1 - 1,08ue'
	= 1 - 1,08*0,61*0,83
	= 0,45
TFR Indonesia 2007 (obs. TFR)	= 2,6
TFR yang diharapkan (exp. TFR)	= 2,8
TFR yang disesuaikan (adj. TFR)	= obs. TFR * (C' <sub>e</sub> / C <sub>e</sub> )
	= 2,6*(0,45/0,34)
	= 3,392
Defisit Fertilitas yang disesuaikan (Defisit adj. TFR)	= exp. TFR - adj. TFR
	= 2,8 - 3,392
	= -0,6 (ekses fertilitas)

Oleh karena efektivitas kontrasepsi mempunyai peranan atas terjadinya defisit fertilitas di Indonesia, perlu juga diketahui seberapa besar kontribusi efektivitas kontrasepsi ini terhadap terjadinya defisit fertilitas. Dengan kata lain, dari besaran defisit fertilitas yang diperoleh, bagaimanakah defisit yang dijelaskan oleh efektivitas kontrasepsi? Berikut disajikan penghitungannya.

Berdasarkan penghitungan pada Tabel 4.10, dihasilkan defisit fertilitas yang dijelaskan oleh efektivitas pemakaian kontrasepsi sebesar 0,8, sehingga bisa dikatakan bahwa pemakaian kontrasepsi di Indonesia lebih efektif dari yang

diduga. Oleh karena wanita Indonesia memakai kontrasepsi lebih efektif dari yang diharapkan, faktor efektivitas pemakaian kontrasepsi ini merupakan faktor utama yang menyebabkan terjadinya defisit fertilitas yang terjadi di Indonesia.

Tabel 4.10 Penghitungan Defisit Fertilitas yang Dijelaskan oleh Efektivitas Kontrasepsi

Defisit Fertilitas hasil observasi (Defisit obs. TFR)	= 0,2
Defisit Fertilitas yang disesuaikan (Defisit adj. TFR)	= -0,6
Defisit Fertilitas yang dijelaskan efektivitas kontrasepsi (X.)	= defisit obs. TFR – defisit adj. TFR
	= 0,2 – (-0,6)
	= 0,8
Defisit Fertilitas yang dijelaskan faktor lain	= defisit obs. TFR – X
	= 0,2 – 0,8
	= -0,6

Sebagaimana telah diketahui bersama bahwa defisit fertilitas yang terjadi sebesar 0,2, tetapi efektivitas kontrasepsi justru menjelaskan defisit yang terjadi jauh lebih besar, yaitu 0,8. Dengan demikian, defisit yang dijelaskan oleh faktor-faktor lain adalah sebesar -0,6. Faktor-faktor lain ini mencakup banyak hal, mulai dari perubahan CPR, pola pernikahan, perilaku menyusui, tingkat kesuburan, frekuensi berhubungan seks, dan hal-hal lainnya yang sulit untuk diukur. Faktor-faktor tersebut dapat menimbulkan eksese fertilitas apabila para wanita lebih banyak menghabiskan masa suburnya dengan status kawin, masa menyusunya menjadi lebih pendek, tingkat kesuburannya tinggi, dan makin meningkatnya frekuensi *intercourse*.

#### 4.8 Analisis Kecenderungan Pemakaian Metode Kontrasepsi

Setelah diketahui alat/metode kontrasepsi yang lebih efektif, perlu dilihat secara multivariat bagaimana kecenderungan wanita yang menggunakan kontrasepsi saat ini dalam menentukan pilihan penggunaan metode kontrasepsi. Untuk itu, melalui analisis multinomial logit, akan diketahui karakteristik-

karakteristik yang memiliki kecenderungan untuk menggunakan MKJP, yang terindikasi sebagai metode yang lebih efektif, ataupun kecenderungan untuk menggunakan metode tradisional sebagai metode yang kurang efektif, dibandingkan dengan penggunaan non MKJP. Adapun hasil pengujiannya terangkum dalam Tabel 4.11 di berikut ini.

Tabel 4.11 Estimasi Parameter, Nilai Statistik Wald, *p-value*, dan Rasio Kecenderungan dalam Model Multinomial Logistik Pemakaian Kontrasepsi

Variabel Bebas	MKJP vs non MKJP				Metode Tradisional vs non MKJP			
	Estimasi	Wald	<i>p-value</i>	RK	Estimasi	Wald	<i>p-value</i>	RK
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<i>Intercept</i>	-1,838	302,630	0,000*		-2,611	415,989	0,000*	
Pendidikan								
Rendah	-0,211	15,966	0,000*	0,810	-0,439	43,311	0,000*	0,645
Menengah +	0,000				0,000			
Aktivitas Kerja								
Tidak Bekerja	-0,388	60,236	0,000*	0,679	-0,280	20,415	0,000*	0,756
Bekerja	0,000				0,000			
Tempat Tinggal								
Perkotaan	0,125	4,886	0,027*	1,134	0,356	25,012	0,000*	1,428
Perdesaan	0,000				0,000			
Tk. Kekayaan								
Tinggi	0,424	41,811	0,000*	1,529	0,137	2,746	0,097**	1,147
Sedang	0,043	0,369	0,544	1,044	-0,084	0,900	0,343	0,919
Rendah	0,000				0,000			
Umur								
15-24	-1,375	217,007	0,000*	0,253	-1,362	135,222	0,000*	0,256
25-34	-0,800	249,712	0,000*	0,449	-0,739	136,703	0,000*	0,478
35-49	0,000				0,000			
PDRB								
< Q1	0,307	18,067	0,000*	1,359	0,538	36,653	0,000*	1,713
Q1-Q2	-0,047	0,437	0,508	0,954	0,095	1,147	0,284	1,100
Q2-Q3	0,178	7,799	0,005*	1,194	0,174	4,383	0,036*	1,190
Q3+	0,000				0,000			
Rasio Fasilitas Kesehatan Per PUS	0,418	41,389	0,000*	1,519	0,647	78,056	0,000*	1,910

Keterangan:

-2 Log Likelihood = 2.241,453 (*p-value* = 0,0000)

\* Signifikan pada taraf nyata ( $\alpha$ ) 0,05 (5%)

\*\* Signifikan pada taraf nyata ( $\alpha$ ) 0,10 (10%)

RK : Rasio Kecenderungan

Kategori acuan: nonMKJP

Berdasarkan pengujian dan pemodelan pada Tabel 4.11 di atas, nilai statistik uji -2 log likelihood menunjukkan bahwa model tersebut secara statistik sangat layak untuk digunakan. Dengan kata lain, variabel bebas yang ada dalam

Universitas Indonesia



model secara bersama-sama dapat digunakan untuk membentuk model. Dengan demikian, berdasarkan Tabel 4.11 tersebut, dapat dibentuk dua persamaan sebagai berikut.

$$\ln(p_1/p_0) = -1,838 - 0,211EDUC(1) - 0,388WORK(1) + 0,125PLACE + 0,424WEALTH(1) + 0,043WEALTH(2) - 1,375AGE(1) - 1,800AGE(2) + 0,307GRDP(1) - 0,0479GRDP(2) + 0,178GRDP(3) + 0,418RASIOFK \quad (4.1)$$

dan

$$\ln(p_2/p_0) = -2,611 - 0,439EDUC(1) - 0,280WORK(1) + 0,356PLACE + 0,137WEALTH(1) - 0,084WEALTH(2) - 1,362AGE(1) - 0,739AGE(2) + 0,538GRDP(1) + 0,095GRDP(2) + 0,174GRDP(3) + 0,647RASIOFK \quad (4.2)$$

Selanjutnya, untuk melihat pengaruh masing-masing variabel/karakteristik terhadap kecenderungan pemakaian metode kontrasepsi, dilakukan pengujian melalui statistik uji Wald. Untuk kecenderungan menggunakan MKJP dibandingkan dengan non MKJP, seluruh variabel signifikan secara statistik hingga taraf nyata 5 persen. Namun, untuk variabel tingkat kekayaan, perbedaan kecenderungan untuk memilih MKJP daripada non MKJP hanya terjadi apabila yang dibandingkan adalah wanita dengan tingkat kekayaan tinggi dan rendah. Demikian pula dengan variabel PDRB, antara wanita yang tinggal di daerah dengan PDRB agak rendah dan wanita yang tinggal di daerah dengan PDRB tinggi juga tidak menunjukkan perbedaan kecenderungan memakai MKJP daripada non MKJP. Variabel lainnya menyatakan bahwa mereka yang termasuk dalam kategori yang sedang diperhatikan memiliki perbedaan kecenderungan untuk lebih memilih MKJP atau non MKJP dibandingkan dengan mereka yang tergolong dalam kategori acuan. Untuk kecenderungan menggunakan metode tradisional, terdapat kesamaan karakteristik dengan kecenderungan menggunakan MKJP, termasuk beberapa kategori yang tidak menunjukkan perbedaan dengan kategori acuannya.

Di antara karakteristik-karakteristik yang diajukan, yang memiliki kecenderungan untuk lebih memilih MKJP daripada non MKJP, di mana kondisi yang lainnya tetap, adalah wanita yang tinggal di perkotaan, tingkat kekayaannya tinggi, PDRB tempat ia tinggal rendah atau agak tinggi, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS di daerahnya makin tinggi. Wanita yang tinggal di perkotaan lebih berpeluang untuk menggunakan MKJP daripada non MKJP dibandingkan

dengan wanita yang tinggal di perdesaan dengan kecenderungan risiko sebesar 1,13 kali. Wanita yang tinggal di perkotaan tentunya memiliki kemudahan akses dan informasi mengenai alat/metode kontrasepsi yang lebih efektif, dalam hal ini MKJP. Dengan demikian, ia akan lebih tahu dan lebih mudah untuk mendapatkan alat/metode kontrasepsi yang lebih efektif, sehingga ia lebih cenderung untuk menggunakan MKJP daripada non MKJP.

Demikian juga dengan wanita yang tingkat kekayaannya tinggi, mereka 1,53 kali lebih cenderung menggunakan MKJP dibandingkan dengan wanita yang tingkat kekayaannya rendah. Tingkat kekayaan seorang akan memberikan kemampuan baginya untuk memenuhi informasi ataupun akses mengenai program-program keluarga berencana, dan salah satunya yang berkaitan dengan penggunaan alat/metode kontrasepsi yang efektif, dalam hal ini adalah MKJP.

Jika dilihat dari faktor kemajuan daerah yang tercermin dari nilai PDRB-nya, wanita yang tinggal di daerah yang PDRB-nya rendah cenderung menggunakan MKJP daripada non MKJP dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah yang PDRB-nya tinggi, dengan risiko kecenderungan sebesar 1,36 kali. Hal yang sama juga berlaku pada mereka yang tinggal di daerah yang PDRB-nya agak tinggi, dengan risiko kecenderungan untuk memakai MKJP sebesar 1,19 kali. Mengenai daerah yang PDRB-nya tinggi justru kurang memiliki kecenderungan untuk menggunakan alat/metode yang lebih efektif. Hal ini diduga karena daerah tersebut lebih majemuk masyarakatnya, sehingga selera dan keinginan menggunakan kontrasepsi bervariasi di mana prevalensi non MKJP masih lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi MKJP.

Berdasarkan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang dimiliki daerah tempat tinggalnya, kecenderungan memakai MKJP makin meningkat risikonya seiring dengan bertambahnya rasio tersebut. Ketersediaan fasilitas kesehatan tentu akan mempermudah pelayanan dalam penggunaan MKJP yang *notabene* membutuhkan tenaga medis dalam pemasangannya. Hal inilah yang membuat kecenderungan menggunakan MKJP makin meningkat seiring dengan peningkatan rasio fasilitas kesehatan per PUS. Risiko kecenderungannya akan naik sebesar 1,52 kali setiap kenaikan satu satuan rasio fasilitas kesehatan per PUS tersebut.

Pada sisi yang lain, kecenderungan untuk lebih menggunakan MKJP juga terjadi pada karakteristik tingkat pendidikan, aktivitas kerja, dan umur, di mana kategori acuan yang meliputi mereka yang berpendidikan menengah ke atas, bekerja, dan berumur tua (di atas 34 tahun) lebih cenderung menggunakan MKJP daripada non MKJP. Hal ini terlihat dari nilai konstantanya yang bernilai negatif dan *odds ratio*-nya yang bernilai kurang dari satu, sehingga menunjukkan bahwa peluang untuk memakai MKJP pada kategori yang diperhatikan lebih kecil daripada kategori acuannya.

Apabila kondisi karakteristik yang diajukan pada saat yang bersamaan bernilai nol (memiliki karakteristik sebagaimana kategori acuan), maka persamaan logistiknya akan sama dengan konstantanya. Secara aplikatif bisa disebutkan bahwa wanita yang berpendidikan menengah ke atas, bekerja, tinggal di perdesaan, tingkat kekayaannya rendah, berumur 35 tahun atau lebih, tinggal di daerah yang maju, dan daerahnya memiliki rasio fasilitas kesehatan per PUS mendekati nol, akan memiliki kecenderungan yang kurang untuk menggunakan MKJP dengan risiko kecenderungannya sebesar 0,16 kali ( $\exp(-1,838)$ ) dibandingkan dengan kondisi yang sebaliknya. Kecenderungan yang kurang untuk menggunakan MKJP pada karakteristik-karakteristik sebagaimana tersebut di atas, kemungkinan disebabkan karena prevalensi pemakaian non MKJP yang lebih tinggi pada karakteristik tersebut.

Adapun kecenderungan untuk lebih memakai metode tradisional, yang *notabene* merupakan metode yang kurang efektif, dibandingkan dengan non MKJP, di mana kondisi yang lainnya tetap, lebih terjadi pada wanita yang tinggal di perkotaan, PDRB daerahnya rendah dan agak tinggi, dan daerahnya memiliki rasio fasilitas kesehatan per PUS yang semakin tinggi. Wanita yang tinggal di perkotaan lebih cenderung menggunakan metode tradisional daripada non MKJP dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perdesaan, dengan risiko kecenderungan sebesar 1,43 kali. Kecenderungan yang sama juga terjadi pada wanita yang tinggal di daerah yang PDRB-nya rendah dan agak tinggi, di mana mereka lebih cenderung menggunakan metode tradisional daripada non MKJP dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah dengan PDRB tinggi, dengan

risiko kecenderungan masing-masing sebesar 1,71 dan 1,19 kali. Kecenderungan menggunakan metode tradisional juga semakin meningkat seiring dengan meningkatnya rasio fasilitas kesehatan per PUS pada daerah tempat tinggalnya, dengan risiko kecenderungan yang meningkat sebesar 1,91 kali setiap peningkatan rasio tersebut.

Derasnya arus informasi dan beragam aktivitas yang dapat dilakukan di daerah perkotaan diduga sebagai penyebab masyarakat di perkotaan tidak asal menggunakan alat/metode kontrasepsi. Wawasan pengetahuan dan mungkin juga pengalamannya selama ini telah membentuk suatu pemikiran bahwa faktor kesehatan juga merupakan hal yang penting yang perlu disinergikan dengan pemakaian kontrasepsi. Untuk itu, metode tradisional akan menjadi solusi untuk mengatasi hal ini, meskipun sebenarnya dari segi efektivitasnya memiliki kekurangan.

Kecenderungan untuk lebih memilih menggunakan metode tradisional daripada non MKJP yang terjadi pada wanita yang tinggal di daerah yang "miskin" kemungkinan lebih disebabkan karena keterbatasan informasi atau bahkan akses pelayanan KB bagi masyarakatnya. Dengan kondisi pembangunan infrastruktur yang relatif belum merata, menyebabkannya tidak dapat memenuhi kebutuhannya akan pelayanan kontrasepsi, yang akhirnya pilihan yang paling memungkinkan adalah menggunakan metode tradisional. Adapun pada masyarakat di daerah yang agak maju, kecenderungan untuk lebih menggunakan metode tradisional diduga disebabkan oleh perhatiannya akan masalah kesehatan, sehingga untuk mengatasi masalah tersebut, dipilahlah metode tradisional yang tidak menimbulkan efek terhadap kesehatan.

Rasio fasilitas kesehatan per PUS memberikan gambaran banyaknya fasilitas kesehatan dalam melayani setiap 100 pasangan usia subur. Dengan demikian, semakin tinggi rasionya, seharusnya semakin mudah ia mengakses alat/metode kontrasepsi modern. Namun, keadaan yang sebaliknya terjadi ini memberikan dugaan bahwa penyebaran fasilitas tersebut kurang merata, sehingga untuk sebagian pasangan akan mengalami kesulitan akses dalam pelayanan keluarga berencana.

Pada sisi yang lain, kecenderungan untuk lebih menggunakan metode tradisional juga terjadi pada karakteristik tingkat pendidikan, aktivitas kerja, dan umur, di mana kategori acuan yang meliputi mereka yang berpendidikan menengah ke atas, bekerja, dan berumur tua (di atas 34 tahun) lebih cenderung menggunakan metode tradisional daripada non MKJP. Hal ini terlihat dari nilai konstantanya yang bernilai negatif dan *odds ratio*-nya yang bernilai kurang dari satu, sehingga menunjukkan bahwa peluang untuk memakai metode tradisional pada kategori yang diperhatikan lebih kecil daripada kategori acuannya.

Apabila kondisi karakteristik yang diajukan pada saat yang bersamaan bernilai nol (memiliki karakteristik sebagaimana kategori acuan), maka persamaan logistiknya akan sama dengan konstantanya. Maka dari itu, dapat dikatakan bahwa wanita yang berpendidikan menengah ke atas, bekerja, tinggal di perdesaan, tingkat kekayaannya rendah, berumur 35 tahun atau lebih, tinggal di daerah yang maju, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS-nya makin mendekati nol, akan memiliki kecenderungan yang kurang untuk menggunakan metode tradisional dengan risiko kecenderungannya sebesar 0,07 kali ( $\exp(-2,611)$ ) dibandingkan dengan kondisi yang sebaliknya. Kecenderungan yang kurang untuk menggunakan metode tradisional pada karakteristik-karakteristik tersebut, kemungkinan juga disebabkan karena prevalensi pemakaian non MKJP yang lebih tinggi pada karakteristik tersebut.

#### 4.9 Analisis Kontinuitas/Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi

Prevalensi kontrasepsi yang tinggi dan pemakaian yang efektif, akan menjadi kurang efisien apabila tidak didukung dengan kelangsungan yang baik. Untuk itu, perlu diteliti kelangsungan pemakaian kontrasepsi di Indonesia dalam kaitannya dengan pemakaian kontrasepsi yang efektif. Selain itu, karakteristik sosioekonomi dan demografi yang turut mempengaruhi juga perlu diidentifikasi guna lebih mempertepat sasaran dan kebijakan dari program Keluarga Berencana di masa yang akan datang.

Analisis kelangsungan pemakaian kontrasepsi dengan menggunakan *survival analysis* merupakan langkah yang tepat karena analisis ini memperhitungkan pemakaian kontrasepsi yang masih berlangsung hingga waktu pengamatan yang ditentukan, dengan memperkirakan probabilita objek tersebut untuk diskontinu menggunakan kontrasepsi.

#### **4.9.1 Analisis Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Pemakaian Kontrasepsi**

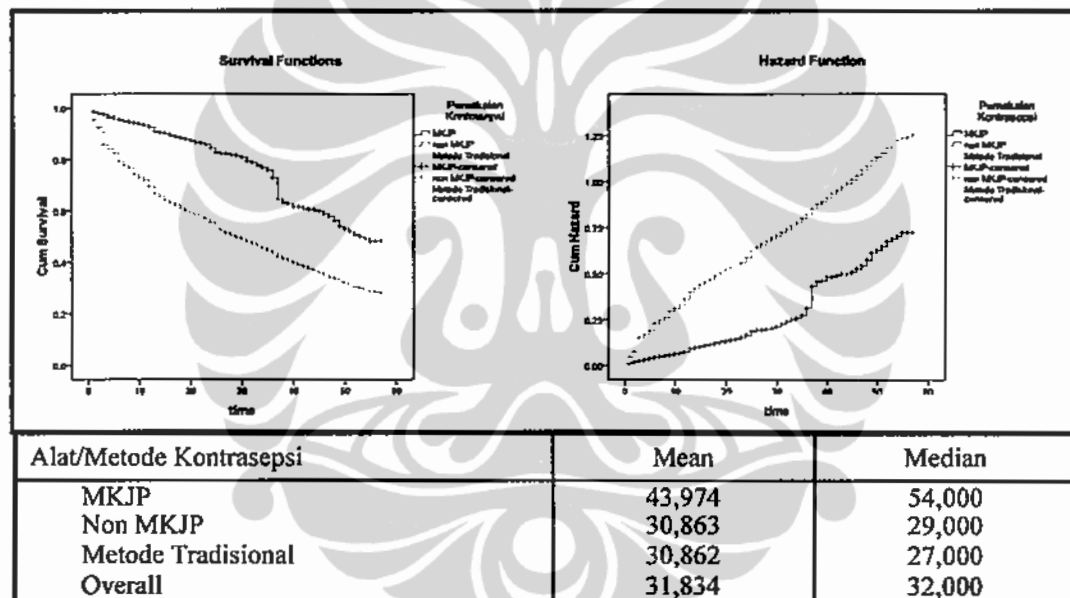
Analisis fungsi ketahanan merupakan analisis bivariat yang menghubungkan antara lamanya pemakaian kontrasepsi dengan karakteristik sosioekonomi dan demografi. Fungsi ketahanan menunjukkan bagaimana probabilita wanita ini bertahan pemakaian kontrasepsinya dari waktu ke waktu hingga seluruh wanita dengan karakteristik tertentu tersebut tidak ada lagi yang memakai kontrasepsi. Oleh karena semakin lama jumlah wanita yang bertahan menggunakan kontrasepsi semakin berkurang, maka probabilita bertahan semakin lama semakin menurun.

Sebagaimana fungsi ketahanan, fungsi hazard pun pada prinsipnya sama. Namun, fungsi hazard merupakan kebalikan dari fungsi ketahanan, yaitu menunjukkan bagaimana probabilita wanita pemakai kontrasepsi ini mengalami diskontinu dari waktu ke waktu hingga seluruh wanita dengan karakteristik tertentu tersebut mengalami diskontinu semua. Dengan demikian, probabilita untuk diskontinu semakin lama semakin besar.

Hubungan bivariat pada fungsi ketahanan dan fungsi hazard tidak sama dengan hubungan bivariat pada pembahasan sebelumnya. Pada bagian ini hubungan bivariat yang terjadi telah memperhitungkan pemakaian kontrasepsi yang masih berlangsung, yang diduga peluangnya untuk terjadi diskontinu. Adapun pada pembahasan sebelumnya, hanya memperhitungkan kejadian yang diskontinu saja.

#### 4.9.1.1 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Alat/Metode Kontrasepsi

Berdasarkan Gambar 4.5, terlihat bahwa kontrasepsi MKJP, yang dinilai lebih efektif pada pembahasan sebelumnya, merupakan metode yang paling lama bertahan. Dengan kata lain, MKJP merupakan metode yang paling lambat untuk diskontinu. Posisi kurvanya yang berada di atas yang lain pada fungsi ketahanan atau berada di bawah yang lain pada fungsi hazardnya, menggambarkan keadaan yang sedang dijelaskan. Adapun pada kontrasepsi non MKJP dan metode tradisional, kedua-duanya lebih cepat untuk diskontinu dengan kondisi yang hampir tidak berbeda di antara keduanya.



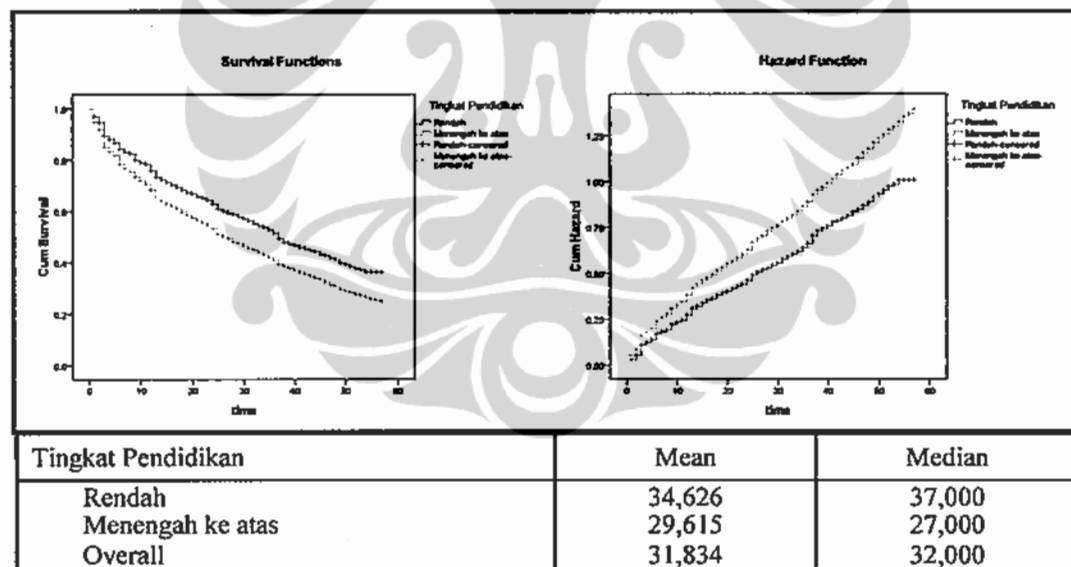
Gambar 4.5 Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Alat/Metode Kontrasepsi

Secara rata-rata pun, MKJP tetap menunjukkan sebagai metode yang lebih lama untuk diskontinu. Dengan rata-rata sebesar 44 bulan, berarti pemakai MKJP ini dapat bertahan hingga hampir empat tahun, sebelum akhirnya mengalami diskontinu. Untuk non MKJP dan metode tradisional, mempunyai rata-rata lama pemakaian yang relatif sama, yaitu sekitar 31 bulan, yang berarti cukup lama juga pemakaiannya, mendekati tiga tahun. Dengan rata-rata kelangsungan yang relatif lama inilah yang mungkin menyebabkan efektivitas pemakaian kontrasepsi di Indonesia bisa dikatakan sangat baik. Namun, yang perlu diperhatikan di sini yaitu

median pemakaian metode tradisional yang durasinya paling rendah (27 bulan). Hal ini memberikan pengertian bahwa setengah dari pemakai metode tradisional telah mengalami diskontinu hingga bulan ke-27. Yang menjadi permasalahannya adalah diskontinunya pemakai metode tradisional ini lebih disebabkan karena kegagalan dan ingin hamil. Dari sinilah kemungkinan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan dan kelahiran yang terlalu rapat dapat terjadi.

#### 4.9.1.2 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Tingkat Pendidikan

Dari fungsi ketahanan dan fungsi hazard pada Gambar 4.6, menunjukkan wanita yang berpendidikan rendah memiliki ketahanan menggunakan kontrasepsi yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang berpendidikan menengah ke atas. Dengan demikian, wanita yang berpendidikan menengah ke atas lebih cepat mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsinya.



Gambar 4.6. Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Tingkat Pendidikan

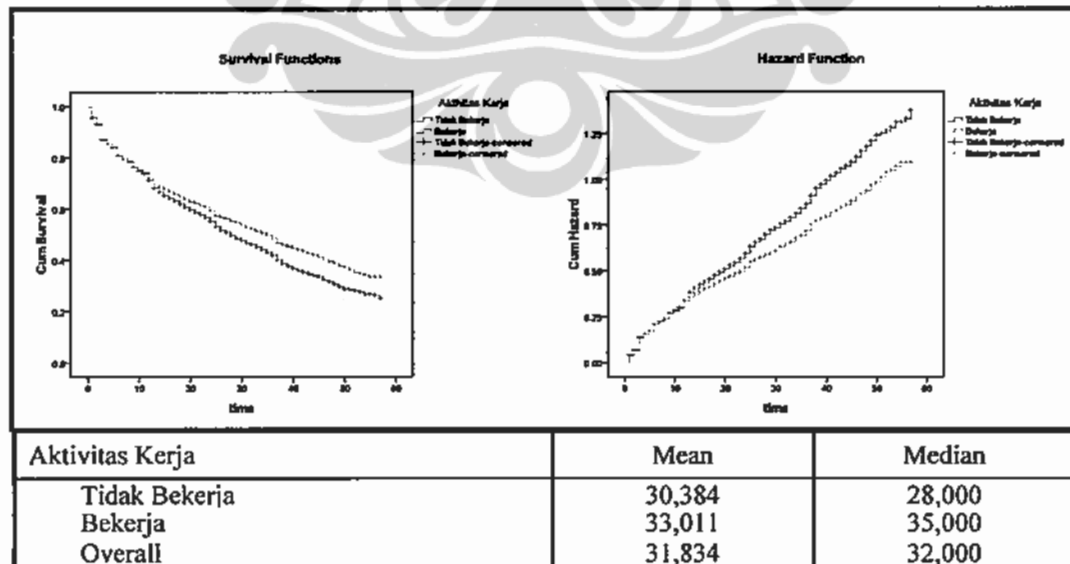
Dari mediannya juga menjelaskan fenomena yang sama, di mana separuh dari wanita yang berpendidikan menengah ke atas telah mengalami diskontinu hingga durasi waktu 27 bulan. Hal ini lebih cepat 10 bulan dari mereka yang berpendidikan rendah. Jika ditelusuri dari alasan-alasan diskontinu pada wanita berpendidikan menengah ke atas, diskontinuitas yang mereka alami lebih disebabkan oleh ingin hamil dan alasan kesehatan. Akan tetapi, alasan kesehatan



masih lebih besar kejadiannya, sehingga besar kemungkinannya mereka akan berganti pada alat/metode yang lainnya. Dengan kecenderungan yang lebih mengarah pada pemakaian non MKJP, pergantian alat/metode diduga masih pada kategori yang sama.

#### 4.9.1.3 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Aktivitas Pekerjaan

Fungsi ketahanan dan fungsi hazard pada Gambar 4.7, memperlihatkan perbedaan kontinuitas dan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi antara wanita bekerja dan tidak bekerja. Wanita bekerja ternyata memiliki kelangsungan lebih lama, atau lebih lambat untuk terjadi diskontinu. Peluang untuk diskontinu (perhatikan fungsi hazardnya) pada wanita bekerja menunjukkan peningkatan yang lebih lambat dibandingkan dengan wanita tidak bekerja. Setengah dari wanita bekerja yang memakai kontrasepsi mengalami diskontinu hingga 35 bulan. Kondisi ini lebih lama jika dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja, di mana setengahnya telah mengalami diskontinu sebelum mencapai masa pemakaian selama 29 bulan.



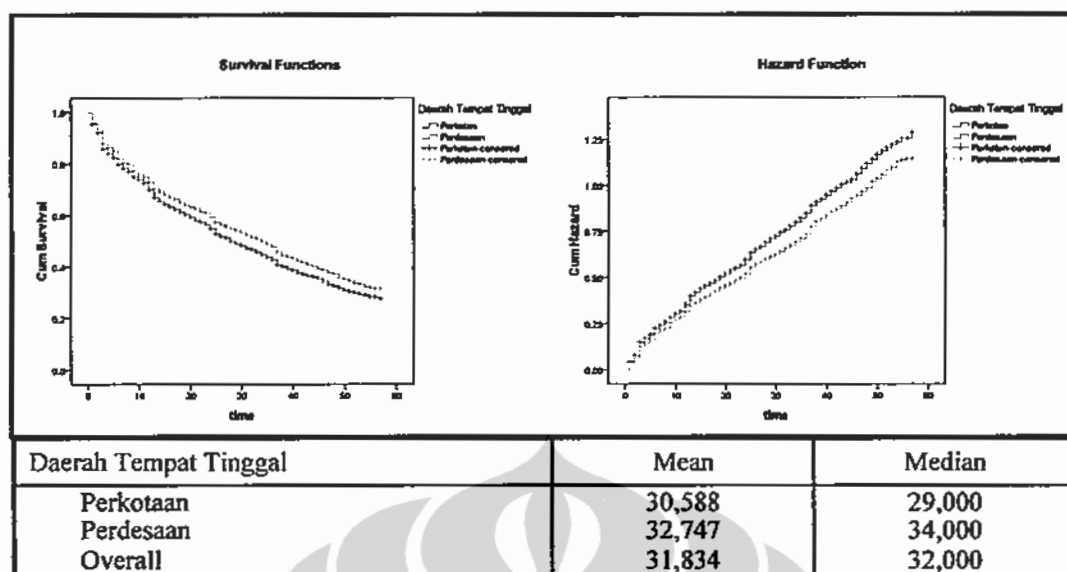
Gambar 4.7 Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Aktivitas Kerja

Jika dikaitkan dengan alasan diskontinu pada wanita tidak bekerja tersebut, kejadian diskontinu yang terjadi lebih disebabkan karena ingin hamil. Dengan median pemakaian sekitar 2,3 tahun, wanita tidak bekerja memiliki potensi untuk melahirkan dengan jarak kelahiran yang agak rapat. Maka dari itulah, wanita yang tidak bekerja lebih cenderung menggunakan non MKJP, karena non MKJP merupakan alat/metode kontrasepsi yang mudah dipakai maupun dihentikan kapan saja.

Lebih lambatnnya wanita bekerja dalam mengalami diskontinu, kemungkinan berkaitan dengan aktivitasnya dalam bekerja. Sebagian orang mungkin lebih mengedepankan karirnya dalam bekerja, mungkin juga pekerjaan itu menjadi sumber utama penghidupannya, sehingga preferensi terhadap kelahiran bagi mereka cenderung berkurang. Kalaupun mereka menginginkannya, tentunya memerlukan waktu yang agak panjang untuk memenuhinya. Oleh sebab itu, wanita yang bekerja cenderung memilih menggunakan kontrasepsi lebih lama. Adapun kejadian diskontinu yang terjadi pada wanita bekerja, lebih disebabkan karena alasan kesehatan, sehingga diskontinuitas yang dialaminya akan dilanjutkan dengan pemakaian alat/metode lainnya. Dengan demikian, hal ini akan turut menjadikan pemakaian kontrasepsi menjadi semakin efektif.

#### **4.9.1.4 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Daerah Tempat Tinggal**

Perbedaan diskontinuitas kontrasepsi secara spasial salah satunya ditunjukkan oleh perbedaan daerah tempat tinggalnya. Pola dan perbedaannya disajikan secara visual dalam Gambar 19. Dari fungsi ketahanan dan fungsi hazard pada Gambar 4.8 tersebut, tampak wanita yang tinggal di perkotaan lebih cepat mengalami diskontinu, walaupun perbedaannya tipis sekali, karena jarak antara kedua kurva hampir berimpit. Namun, perbedaan ini akan lebih nyata jika diteliti melalui mediannya. Median durasi pemakaian kontrasepsi untuk wanita yang tinggal di perkotaan sebesar 29 bulan, yang berarti bahwa separuh dari seluruh wanita yang tinggal di perkotaan telah mengalami diskontinu sebelum bulan ke-30 pemakaiannya, lebih cepat dari mereka yang tinggal di perdesaan, di mana mediannya adalah 34 bulan.



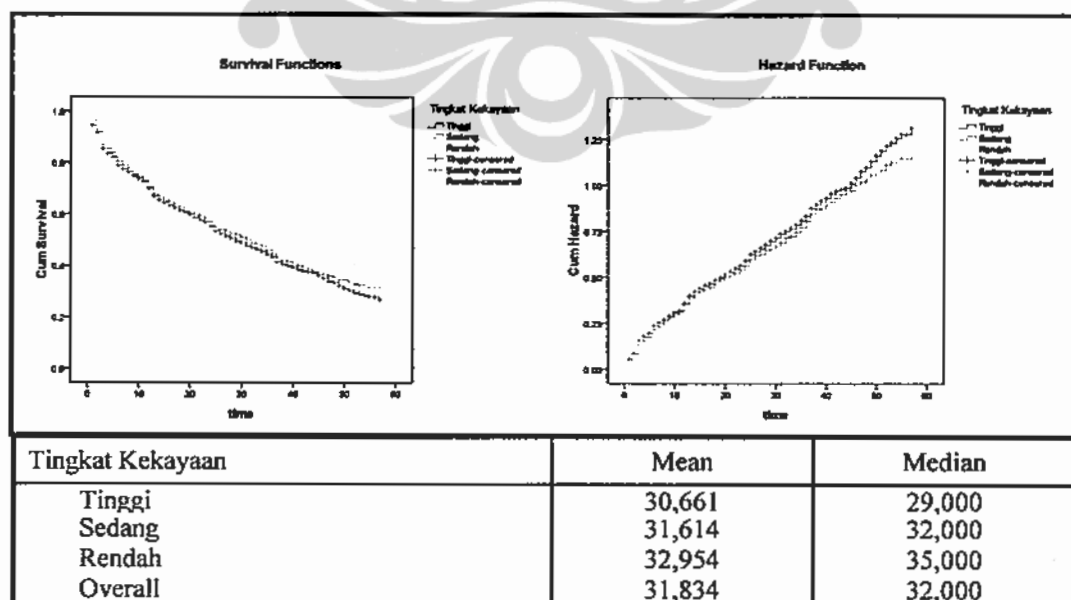
Gambar 4.8 Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Daerah Tempat Tinggal

Daerah perkotaan yang identik dengan lebih lengkapnya berbagai sarana dan prasarananya dengan ditunjang oleh pesatnya arus informasi dan komunikasi, tentunya sedikit banyak berpengaruh terhadap pola pikir masyarakatnya, tidak terkecuali juga pada para wanitanya. Kaitannya dengan pemakaian kontrasepsi, lingkungan perkotaan akan turut mendukung mereka untuk tidak sekedar menggunakannya saja. Lebih dari itu, faktor kesehatan juga menjadi perhatian. Hal ini sejalan dengan alasan diskontinu karena masalah kesehatan yang lebih terjadi pada wanita di perkotaan daripada wanita di perdesaan. Tat kala pemakaian kontrasepsi ada ketidakcocokan, kemungkinan mereka akan berganti alat/metode. Dengan demikian, meskipun keadaan ini akan menimbulkan diskontinuitas yang relatif lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah perdesaan, tetapi perilaku ini masih tetap akan menjaga efektivitas pemakaian kontrasepsi, apalagi mereka juga memiliki kecenderungan untuk memakai MKJP.

Adapun diskontinu yang terjadi pada masyarakat perdesaan, biasanya terkait dengan akses atau keterjangkauan pemenuhan kontrasepsi. Namun demikian, pemakaian kontrasepsi yang dijalani oleh wanita di perdesaan relatif berlangsung lama, meskipun yang cenderung digunakannya adalah non MKJP, sehingga hal inipun juga turut mendukung meningkatnya efektivitas pemakaian kontrasepsi.

#### 4.9.1.5 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Tingkat Kekayaan

Diskontinuitas pemakaian kontrasepsi menurut tingkat kekayaan tidak begitu menunjukkan perbedaan yang signifikan. Berdasarkan tampilan dalam Gambar 4.9, ketiga kurva yang terbentuk berada dalam posisi yang hampir berimpit. Kondisi ini memberikan gambaran bahwa penurunan peluang bertahan atau kenaikan peluang diskontinu bergerak hampir merata antarkategori. Namun, jika yang diperbandingkan antara kategori tertinggi (tingkat kekayaan rendah) dengan kategori terendah (tingkat kekayaan tinggi), perbedaannya lebih terlihat walaupun relatif kecil. Wanita yang berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan tinggi justru menunjukkan diskontinuitas yang lebih tinggi daripada wanita dari kalangan tingkat kekayaan rendah. Hal ini terlihat pada fungsi hazardnya yang posisi kurvanya sedikit lebih curam. Dari nilai median durasi pemakaian kontrasepsinya juga menunjukkan bahwa kelompok ini mengalami peristiwa diskontinu yang lebih cepat, di mana nilai mediannya lebih kecil dari median untuk kelompok tingkat kekayaan rendah. Adapun wanita yang tingkat kekayaannya sedang/menengah, tidak menunjukkan perbedaan yang begitu nyata mengenai diskontinu pemakaian kontrasepsi.



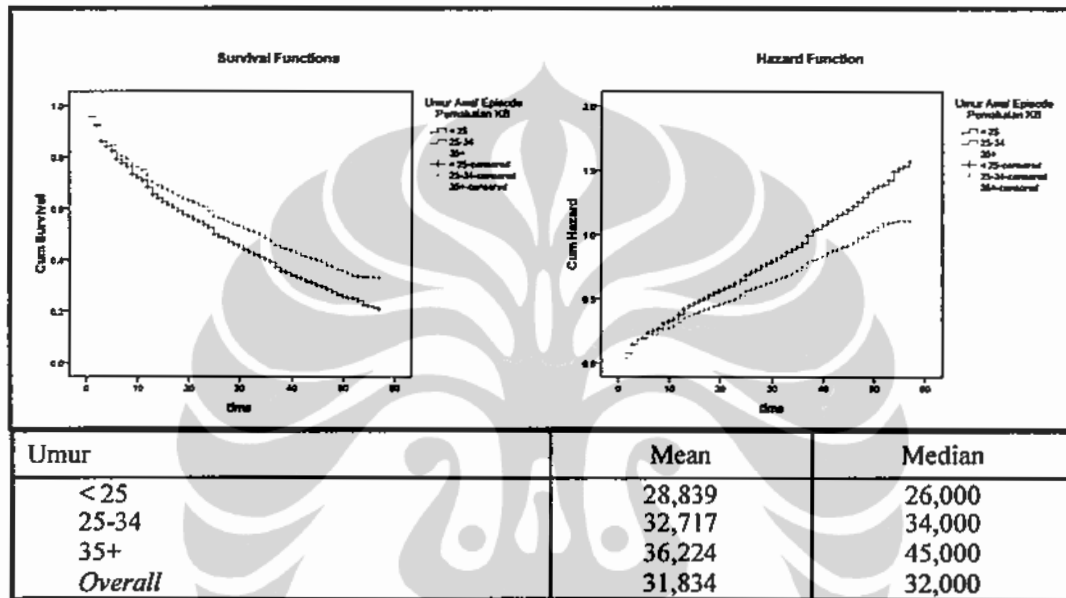
Gambar 4.9 Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Tingkat Kekayaan

Kejadian diskontinu yang terjadi pada wanita yang tingkat kekayaannya tinggi lebih disebabkan karena alasan kesehatan, sedangkan pada wanita yang tingkat kekayaannya rendah lebih disebabkan karena ingin hamil dan masalah akses/keterjangkauan. Fenomena ini terjadi diduga karena rumah tangga yang tingkat kekayaannya tinggi lebih mempunyai kemampuan dalam pemenuhan akses dan pelayanan kontrasepsi. Mereka kemungkinan memilih diskontinu ketika menemui masalah dalam pemakaian kontrasepsi, yang kemudian beralih pada alat/metode kontrasepsi yang lain. Lain halnya jika hal ini terjadi pada wanita dari kalangan tingkat kekayaan yang rendah. Keterbatasan kemampuan dalam pemenuhan akses dan pelayanan diduga membuat mereka tetap bertahan dengan kontrasepsi yang tengah digunakannya yang relatif lebih mudah terjangkau oleh mereka. Maka dari itulah, pemakaian kontrasepsi pada mereka yang tingkat kekayaannya rendah dapat bertahan lebih lama. Selain itu, lebih bertahannya pemakaian kontrasepsinya juga karena mereka cenderung menggunakan MKJP. Kedua keadaan yang terjadi pada wanita dengan tingkat kekayaan tinggi dan wanita dengan tingkat kekayaan rendah tersebut, sangat mendukung atas tingginya efektivitas pemakaian kontrasepsi yang terjadi.

#### **4.9.1.6 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Umur pada Awal Episode Pemakaian Suatu Alat/Metode Tertentu**

Seorang wanita dalam rentang waktu lima tahun bisa mengalami beberapa kali episode pemakaian kontrasepsi. Umur yang dimaksud di sini ialah umur pada waktu awal memasuki suatu episode pemakaian kontrasepsi tersebut. Antarkelompok umur tersebut, berdasarkan fungsi ketahanan dan fungsi hazard pada Gambar 4.10, menunjukkan adanya perbedaan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Kelompok umur muda (kurang dari 25 tahun) memiliki tingkat diskontinuitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok umur produktif (25-34 tahun) dan kelompok umur tua (35 tahun ke atas). Hal ini bisa dilihat pada fungsi hazardnya yang kenaikan peluang diskontinunya paling curam.

Median durasi pemakaian kontrasepsinya pun menunjukkan nilai yang paling rendah, yaitu sebesar 26 bulan. Angka tersebut mengandung pengertian bahwa setengah dari wanita usia muda telah mengalami diskontinu maksimal selama 25 bulan. Sangat jauh perbedaannya jika dibandingkan dengan wanita usia tua yang memiliki median lamanya memakai kontrasepsi hingga 45 bulan (hampir 4 tahun).



Gambar 4.10 Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut Kelompok Umur

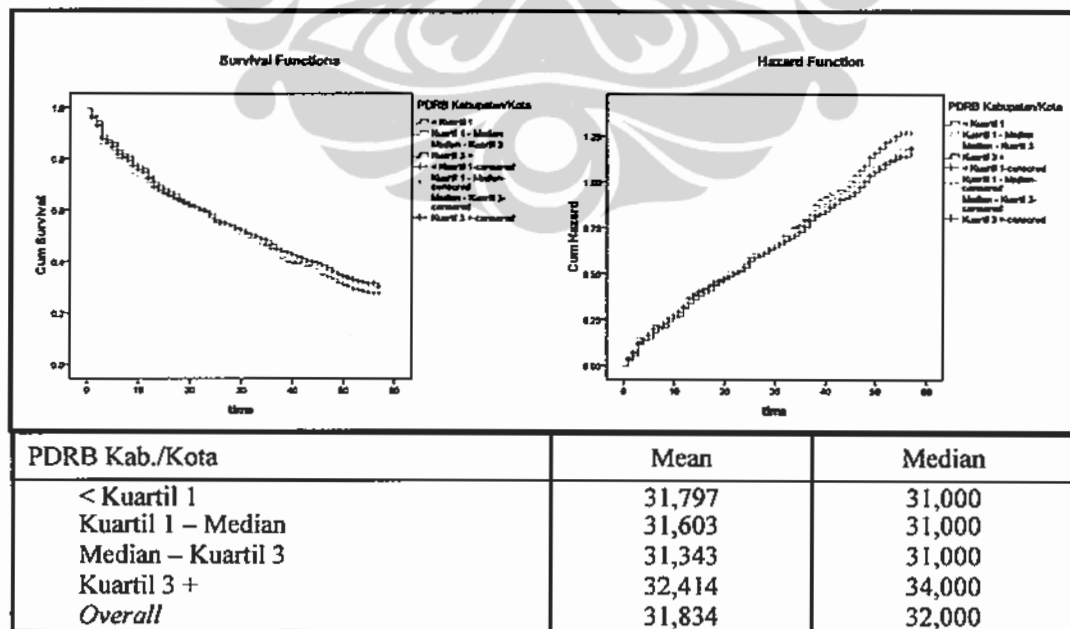
Kondisi ini mungkin dapat dipahami, mengingat pada usia muda seseorang, terutama yang baru menikah, memiliki preferensi kelahiran yang tinggi. Pemakaian kontrasepsi pada usia muda, dan juga pada usia produktif, biasanya bertujuan untuk membatasi jarak kelahiran. Lain halnya dengan pemakaian kontrasepsi pada usia tua, di mana mereka lebih menghindari kehamilan/kelahiran di usia yang relatif lebih rentan, tujuan pemakaiannya cenderung untuk membatasi kelahiran. Hal ini terlihat dari tingkat diskontinunya yang lebih lambat atau kelangsungannya yang lebih lama.

Kewajaran ini akan menjadi masalah atau tidak manakala diskontinu yang terjadi ditelusuri alasannya. Wanita usia muda mengalami diskontinu lebih karena alasan ingin hamil. Dengan median pemakaian kontrasepsinya yang relatif lebih singkat, dapat menimbulkan potensi terjadinya kelahiran yang terlalu rapat dan

terlalu muda. Adapun alasan diskontinu yang lebih terjadi pada wanita usia produktif yaitu karena kegagalan kontrasepsi yang ditandai dengan hamil sewaktu memakainya. Potensi yang ditimbulkan atas fenomena ini ialah kemungkinan terjadinya kelahiran yang tidak diharapkan. Oleh karena pemakaiannya relatif berlangsung lama, kemungkinan untuk terjadi kegagalan bisa dikatakan cukup kecil. Hal ini juga didukung oleh hasil penghitungan efektivitas pemakaian kontrasepsi yang cukup baik.

#### 4.9.1.7 Pola dan Perbedaan Diskontinu Menurut Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Kabupaten/Kota

Sebagaimana pada pembahasan-pembahasan sebelumnya, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) kabupaten/kota identik dengan kemajuan perekonomian suatu daerah. Kemajuan perekonomian suatu daerah erat kaitannya dengan layanan publik. Dalam hal ini, layanan publik yang dimaksud salah satunya yang berkaitan dengan keluarga berencana (KB). Selain itu, perbedaan kemajuan daerah ini juga mencerminkan perbedaan cara pandang, pola pikir dan perilaku yang terbentuk pada setiap individunya dalam segala hal.



Gambar 4.11 Fungsi Ketahanan dan Fungsi Hazard Menurut PDRB Kabupaten/Kota

Berdasarkan fungsi ketahanan dan fungsi hazard pada Gambar 4.11, perbedaan diskontinu pemakaian kontrasepsi menurut PDRB kabupaten/kota pada awal-awal pemakaiannya tidak menunjukkan adanya perbedaan antarkategori PDRB. Namun, lama-kelamaan probabilita diskontinu kategori PDRB yang lebih rendah mengalami kenaikan yang lebih cepat daripada kategori PDRB yang lebih tinggi, yaitu tepatnya setelah melewati waktu pemakaian sekitar bulan yang ke-36 (setelah tiga tahun). Pendekatan melalui median lamanya pemakaian kontrasepsi pun sebenarnya nyaris sama, meskipun juga tidak dapat ditampik bahwasannya median pada daerah yang PDRB-nya tinggi besarnya lebih tinggi di antara yang lainnya.

Dengan memperhatikan gejala tersebut, dapat dikatakan bahwa pengaruh PDRB terhadap diskontinuitas pemakaian kontrasepsi lebih bersifat jangka panjang. Kemajuan daerah yang mengindikasikan lebih baiknya layanan publik baru terlihat perbedaannya terhadap pemakaian kontrasepsi setelah beberapa waktu lamanya. Hal ini menandakan bahwa daerah, khususnya daerah yang PDRB-nya lebih rendah, diduga menjalankan program-program KB masih bersifat instan dan lebih tergantung pada bantuan, sehingga belum mampu memberikan pelayanan dalam jangka waktu yang lebih panjang. Hanya daerah yang lebih “kaya” yang mungkin dapat lebih konsisten menjalankannya hingga waktu yang lebih panjang. Selain itu, majunya suatu daerah juga akan memunculkan suatu paradigma bagi masyarakatnya akan pentingnya program-program pengendalian penduduk, yang dalam hal ini terkait dengan pemakaian kontrasepsi secara berkesinambungan.

Pada daerah yang PDRB-nya rendah, masalah yang dialami terkait dengan pemakaian kontrasepsi lebih kompleks. Jika diperhatikan daerah-daerah yang termasuk dalam kategori ini, umumnya pembangunan yang telah dilakukannya masih belum merata dan masih banyak daerah-daerah yang termasuk daerah terpencil, sehingga sangat wajar jika masalah akses sebagai alasan diskontinu lebih terjadi pada wanita di daerah yang kurang maju ini. Selain itu, kurang terjangkaunya sebagian daerah tersebut oleh informasi ataupun sosialisasi yang terkait dengan pelaksanaan program KB, menjadikan wanita yang tinggal daerah



ini juga lebih beralasan untuk diskontinu karena ingin hamil ataupun karena faktor alat/metode. Namun demikian, pemakaiannya yang relatif lama dan kecenderungannya untuk lebih menggunakan MKJP turut memberikan andil atas pencapaian efektivitas pemakaian kontrasepsi yang tinggi.

#### 4.9.2 Analisis *Cox Regression* terhadap Kontinuitas dan Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi

Analisis fungsi ketahanan dan fungsi hazard yang telah dilakukan pada bagian sebelumnya merupakan *survival analysis* mengenai kontinuitas dan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yang bersifat bivariat atau hubungan antara dua variabel. Permasalahan yang terjadi dalam realita yang ada seringkali melibatkan berbagai hal sekaligus. Untuk itu, perlu analisis yang lebih bersifat multivariat untuk melihat berbagai hubungan tersebut. *Survival analysis* mengenai kontinuitas dan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yang bersifat multivariat salah satunya adalah *Cox Regression*. Melalui analisis ini akan diketahui karakteristik yang lebih cepat mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi beserta risiko kecenderungannya.

##### 4.9.2.1 *Cox Regression* dengan Diskontinu Karena Ingin Hamil

Berdasarkan hasil pengolahan data SDKI 2007, diperoleh model Regresi Cox seperti pada Tabel 4.12. Jika dinyatakan dalam bentuk persamaan, model *Cox Regression* tersebut adalah sebagai berikut.

$$\begin{aligned}
 H(\text{TIME}|X) = & \exp(0,945KB1 + 0,932KB2 - 0,263EDUC + 0,069WORK + \\
 & 0,080PLACE + 0,079WEALTH1 + 0,039WEALTH2 + \\
 & 0,350AGE1 + 0,146AGE2 + 0,113GRDP1 + 0,098GRDP2 + \\
 & 0,110GRDP3 + 0,085RASIOFK) \quad (4.3)
 \end{aligned}$$

Untuk mengetahui seberapa bermaknanya model tersebut, perlu dilihat terlebih dahulu bagaimana hasil pengujiannya. Kelayakan model tersebut dapat ditentukan dengan membandingkan nilai statistik *log likelihood* dengan tabel *chi-square* yang sesuai atau dengan melihat *p-value* yang dihasilkan dan

membandingkannya dengan taraf nyatanya. Dengan nilai *log likelihood* yang sangat besar (156.657,357) atau nilai *p-value* (0,000) yang jauh lebih kecil dari taraf nyata 5 persen, menunjukkan bahwa model tersebut cukup layak untuk menjelaskan hubungan antara karakteristik sosioekonomi dan demografi dengan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Untuk selanjutnya, dilakukan pengujian pada setiap parameter model untuk melihat hubungan setiap variabel bebas dalam model dengan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Adapun statistik uji yang menjadi tolok ukurnya adalah nilai statistik Wald yang dihasilkannya, atau bisa juga dengan melihat nilai *p-value*.

Dengan nilai signifikansi sebagaimana pada Tabel 4.12 kolom (4), ternyata seluruh variabel yang diamati signifikan secara statistik. Namun pada variabel tingkat kekayaan, risiko diskontinu yang berbeda hanya pada wanita dengan tingkat kekayaan tinggi dibandingkan dengan wanita yang tingkat kekayaannya rendah, sedangkan risiko diskontinu antara wanita yang tingkat kekayaannya sedang dan wanita yang tingkat kekayaannya rendah adalah tidak berbeda.

Pada variabel alat/metode kontrasepsi, secara statistik dinyatakan signifikan pada taraf nyata 0,05, dengan estimasi parameter sebesar 0,945 dan 0,932, serta rasio kecenderungan sebesar 2,57 dan 2,55. Nilai estimasi parameter yang bertanda positif ini memberikan pengertian bahwa kontrasepsi metode tradisional, yang *notabene* merupakan kontrasepsi yang kurang efektif, memiliki risiko lebih cepat mengalami diskontinu dibandingkan dengan kontrasepsi MKJP, dengan kecenderungan risiko sebesar 2,55 kali. Kontrasepsi non MKJP pun demikian, risiko terjadi diskontinu 2,57 kali lebih cepat daripada kontrasepsi MKJP. Kedua kondisi tersebut terjadi dengan syarat keadaan yang lainnya tetap. Hal ini sejalan dengan analisis deskriptif serta analisis fungsi ketahanan dan fungsi hazard yang juga menyatakan bahwa MKJP memiliki tingkat diskontinuitas yang lebih lama dibandingkan dengan non MKJP maupun metode tradisional. Pemakaian MKJP yang bersifat jangka panjang dan didukung dengan efektivitas yang lebih baik, diduga sebagai latar belakang MKJP memiliki risiko yang lebih kecil untuk diskontinu.

Tabel 4.12 Estimasi Parameter, Nilai Statistik Wald, *p-value*, dan Rasio Kecenderungan dalam Model *Cox Regression* Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi

Variabel Bebas	Estimasi	Wald	<i>p-value</i>	Rasio Kecenderungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Alat/Metode Kontrasepsi</b>		<b>281,296</b>	<b>0,000*</b>	
MKJP	0,000			
Non MKJP	0,945	280,488	0,000*	2,572
Metode Tradisional	0,932	189,600	0,000*	2,548
<b>Tingkat Pendidikan</b>		<b>122,195</b>	<b>0,000*</b>	
Rendah	-0,263	122,195	0,000*	0,764
Menengah ke Atas	0,000			
<b>Aktivitas Pekerjaan</b>		<b>9,515</b>	<b>0,002*</b>	
Tidak Bekerja	0,069	9,515	0,002*	1,070
Bekerja	0,000			
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>		<b>7,032</b>	<b>0,008*</b>	
Perkotaan	0,080	7,032	0,008*	1,072
Perdesaan	0,000			
<b>Tingkat Kekayaan</b>		<b>7,379</b>	<b>0,025*</b>	
Tinggi	0,079	7,379	0,007*	1,086
Sedang	0,039	1,685	0,194	1,042
Rendah	0,000			
<b>Umur Awal Episode</b>		<b>123,190</b>	<b>0,000*</b>	
< 25	0,350	96,416	0,000*	1,415
25-34	0,146	18,117	0,000*	1,156
35+	0,000			
<b>PDRB Kab./Kota</b>		<b>26,263</b>	<b>0,000*</b>	
< Kuartil 1	0,113	18,077	0,000*	1,150
Kuartil 1 – Median	0,098	14,524	0,000*	1,125
Median – Kuartil 3	0,110	17,849	0,000*	1,133
Kuartil 3 +	0,000			
<b>Rasio Fasilitas Kesehatan Per PUS</b>	<b>0,085</b>	<b>7,777</b>	<b>0,005*</b>	<b>1,088</b>

Keterangan:

-2 Log Likelihood = 156.657,357 (*p-value* = 0,0000)

\* Signifikan pada taraf nyata ( $\alpha$ ) 0,05 (5%)

\*\* Signifikan pada taraf nyata ( $\alpha$ ) 0,10 (10%)

Variabel tingkat pendidikan menunjukkan hubungan yang negatif dengan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Wanita yang tingkat pendidikannya rendah 0,76 kali lebih lambat mengalami risiko pemakaian kontrasepsi yang diskontinu daripada wanita berpendidikan menengah ke atas, di mana keadaan yang lainnya tetap. Analisis yang konsisten dengan analisis-analisis sebelumnya. Jika dilihat

alasan diskontinunya, kecenderungan diskontinu pada wanita berpendidikan menengah ke atas disebabkan karena alasan kesehatan, sehingga mereka akan lebih banyak mempertimbangkan alat/metode kontrasepsi apa yang lebih cocok bagi dirinya. Ketika mendapati ketidakcocokan, mereka kemungkinan akan beralih pada alat/metode yang lain. Dari sinilah diduga wanita berpendidikan menengah ke atas cenderung diskontinu pemakaiannya. Namun, sebagaimana pada pembahasan fungsi ketahanan dan fungsi hazard, pergantian alat/metode kontrasepsi akan tetap mempertahankan pemakaian kontrasepsi secara umum, sehingga keadaan ini juga akan tetap menjaga efektivitasnya.

Untuk variabel aktivitas kerja, hasil pengujian menyatakan bahwa wanita yang tidak bekerja memiliki risiko diskontinu lebih cepat dibandingkan dengan wanita yang bekerja, dengan kecenderungan risiko sebesar 1,07 kali dan faktor lainnya dalam keadaan tetap. Penyebab terjadinya diskontinu pemakaian kontrasepsi pada wanita yang tidak bekerja, sebagaimana pembahasan sebelumnya, adalah lebih disebabkan karena ingin hamil. Dengan keadaan demikian, preferensi fertilitas pada wanita yang tidak bekerja cenderung lebih tinggi daripada wanita yang bekerja. Sekali lagi ditegaskan di sini bahwa terjadinya kelahiran yang terlalu rapat memungkinkan untuk terjadi, sebagaimana pada pembahasan dalam fungsi ketahanan dan fungsi hazard.

Variabel daerah tempat tinggal juga dinyatakan signifikan secara statistik berkaitan dengan hubungannya terhadap diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Wanita yang tinggal di perkotaan 1,07 kali lebih cepat mengalami risiko diskontinu dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah perdesaan, di mana faktor lainnya tetap. Jika dilihat dari kecenderungan risikonya yang sebesar 1,07 kali, terlihat bahwa perbedaan yang terjadi kecil sekali. Namun, bagaimanapun keadaan ini tetap membedakan perilaku di perkotaan dan perdesaan. Diskontinu pemakaian kontrasepsi yang lebih berisiko terjadi pada masyarakat di perkotaan ini adalah lebih disebabkan karena alasan kesehatan, sebagaimana yang telah dijelaskan dalam analisis deskriptif sebelumnya. Dengan lebih lengkapnya berbagai sarana dan prasarannya yang ditunjang oleh pesatnya arus informasi dan komunikasi, dapat memberikan pengaruh terhadap perubahan pola pikir wanita yang tinggal di perkotaan itu, sehingga mereka tidak sekedar ber-KB saja, tetapi faktor kesehatan juga menjadi perhatiannya. Ketika pemakaian kontrasepsi ada ketidakcocokan, kemungkinan mereka akan berganti alat/metode atau

berhenti. Keadaan ini juga turut mendukung terjaganya efektivitas pemakaian kontrasepsi karena pemakaian yang diskontinu segera dilanjutkan dengan pemakaian dengan menggunakan alat/metode yang lain.

Hasil pengujian terhadap variabel tingkat kekayaan secara umum menunjukkan hasil yang signifikan secara statistik pada taraf nyata 10 persen. Namun, sebagaimana yang telah disinggung di awal, risiko diskontinuitas yang menunjukkan adanya perbedaan yaitu antara tingkat kekayaan tinggi dengan tingkat kekayaan rendah. Dari hasil pengujian, dapat dinyatakan bahwa wanita yang berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan tinggi akan memiliki risiko diskontinuitas 1,09 kali lebih cepat daripada wanita yang berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan yang rendah, di mana faktor yang lain tetap. Adapun risiko diskontinu antara wanita yang berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan sedang dan wanita yang berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan rendah adalah sama saja (tidak berbeda).

Jika dilihat dari alasan diskontinunya, alasan yang lebih terjadi pada wanita dengan tingkat kekayaan tinggi yaitu karena alasan kesehatan. Sesuai dengan dugaan pada pembahasan-pembahasan sebelumnya, hal ini kemungkinan berkaitan dengan tingkat kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan kontrasepsi yang sesuai baginya. Mereka yang tingkat kekayaannya tinggi lebih berpeluang untuk berganti alat/metode kontrasepsi karena mereka lebih mampu untuk mendapatkan akses, fasilitas, ataupun yang berkenaan dengan biaya, apabila mereka menemui ketidaksesuaian dalam pemakaian kontrasepsi. Dengan demikian, seperti pada pembahasan sebelumnya, keadaan ini turut berperan dalam menjaga efektivitas pemakaian kontrasepsi.

Variabel lainnya yang secara statistik juga menunjukkan hasil yang signifikan adalah umur pada awal episode pemakaian kontrasepsi. Hasil pengujian pada variabel umur memperlihatkan bahwa wanita yang berumur kurang dari 25 tahun lebih berisiko mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi dengan kecenderungan risiko sebesar 1,42 kali lebih cepat dibandingkan dengan wanita usia 35 tahun atau lebih, di mana faktor lainnya dalam keadaan tetap. Demikian juga dengan wanita yang berumur 25-34 tahun, juga lebih berisiko mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi dengan kecenderungan risiko sebesar 1,17 kali lebih cepat dibandingkan dengan wanita usia 35 tahun ke atas, dengan faktor lain dalam kondisi tetap.

Berdasarkan alasan diskontinu yang telah dibahas sebelumnya, kecenderungan diskontinu pada wanita usia kurang dari 25 tahun adalah karena ingin hamil, sedangkan pada wanita usia 25-34 tahun lebih disebabkan karena hamil ketika memakai. Kondisi ini merupakan suatu hal yang wajar, mengingat pada usia muda ataupun usia produktif seorang wanita, terutama yang baru menikah, memiliki preferensi kelahiran yang relatif lebih tinggi. Kaitannya dengan fungsi ketahanan dan fungsi hazard yang sebelumnya dibahas, munculnya gejala kelahiran yang terlalu muda dan terlalu rapat, serta munculnya kelahiran yang tidak diharapkan, perlu mendapatkan perhatian. Dalam hal yang lain, kecenderungan penggunaan MKJP pada wanita usia tua, di mana wanita usia tua ini mayoritas jumlahnya, dan kelangsungannya yang lama, menjadi suatu penyebab tinggi efektivitas kontrasepsi yang terjadi di Indonesia, yang pada pembahasan sebelumnya terbukti memiliki kontribusi yang besar atas terjadinya defisit fertilitas.

Satu lagi variabel yang menunjukkan hasil yang signifikan secara statistik terhadap diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yaitu pendapatan domestik regional bruto (PDRB) kabupaten/kota tempat wanita itu tinggal. Dengan menjadikan daerah yang PDRB-nya tinggi sebagai acuan keterbandingan, diperoleh hasil yang menyatakan daerah yang PDRB-nya di bawah kategori acuan tersebut memiliki risiko diskontinu yang lebih cepat.

Hasil pengujian menunjukkan bahwa wanita yang tinggal di kabupaten/kota yang PDRB-nya di bawah kuartil 1 (kurang dari 646,32 milyar rupiah), antara kuartil 1 dan median (646,32 milyar s.d. 1.475,50 milyar rupiah), serta antara median dan kuartil 3 (1.475,52 milyar s.d. 3.251,45 milyar rupiah), lebih berisiko mengalami diskontinu dengan kecenderungan risiko sebesar berkisar 1,13-1,15 kali lebih cepat dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah dengan PDRB di atas kuartil 3 (di atas 3.251,45 milyar rupiah), dengan kondisi faktor lainnya tetap. Kecenderungan risiko yang hampir sama di antara tiga kelompok tersebut, menandakan kondisi yang hampir sama di antara ketiganya. Perbedaan diskontinuitas baru terlihat jika dibandingkan dengan daerah yang PDRB-nya tinggi.

Apabila dikaitkan dengan fungsi ketahanan dan fungsi hazard yang telah dibahas sebelumnya, perbedaan itu justru baru terlihat setelah melalui masa pemakaian kontrasepsi dalam beberapa waktu lamanya (sekitar 36 bulan). Dengan demikian, PDRB kabupaten/kota yang dalam studi ini dipandang sebagai gambaran kemajuan suatu daerah yang berimplikasi pada semakin baiknya layanan publiknya, mempunyai pengaruh terhadap diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yang lebih bersifat jangka panjang. Dugaan bahwa daerah, khususnya daerah yang PDRB-nya lebih rendah, kemungkinan menjalankan program-program KB secara instan dan belum menjadi prioritas, bisa saja terjadi. Kondisi ini juga memunculkan dugaan yang menyatakan bahwa hanya daerah yang lebih "kaya" yang mungkin dapat lebih konsisten melaksanakan atau mendukung program-program KB hingga waktu yang lebih panjang.

Kecenderungan daerah yang PDRB-nya di bawah kuartil 3 untuk menggunakan MKJP dan kelangsungan yang lama pada daerah yang maju (PDRB tinggi), diharapkan dapat menjelaskan pada terciptanya efektivitas pemakaian kontrasepsi yang tinggi di Indonesia. Kemungkinan terjadinya *switching* pada daerah yang maju ini, di mana mayoritas wanita berada di daerah ini, juga makin memperkuat akan tingginya efektivitas pemakaian kontrasepsi yang tengah terjadi.

Pengaruh rasio fasilitas kesehatan per pasangan usia subur (PUS) terhadap risiko diskontinu pemakaian kontrasepsi menunjukkan hubungan yang positif. Semakin tinggi rasio fasilitas per PUS, seorang wanita yang tinggal di daerah itu akan semakin bertambah risiko diskontinunya. Pertambahan risikonya sebesar 1,09 kali untuk setiap peningkatan rasio fasilitas kesehatan per PUS sebesar satu satuan. Satu satuan yang dimaksud adalah sama dengan penambahan satu fasilitas untuk melayani setiap 100 pasangan usia subur yang sebelumnya terlayani pada fasilitas yang telah ada.

Berdasarkan model yang terbentuk tadi, kondisi ideal yang paling kecil risiko diskontinunya adalah wanita yang memenuhi seluruh kategori acuannya, kecuali tingkat pendidikan, yaitu wanita yang menggunakan kontrasepsi MKJP, berpendidikan rendah, bekerja, tinggal di perdesaan, berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan tinggi, berumur antara 35 tahun ke atas, tinggal di daerah

yang PDRB kabupaten/kotanya tinggi, dan daerahnya memiliki rasio fasilitas kesehatan per PUS mendekati nol. Adapun keadaan yang perlu diperhatikan sehubungan dengan risiko diskontinu pemakaian kontrasepsinya paling tinggi adalah mereka yang menggunakan metode tradisional, berpendidikan menengah ke atas, tidak bekerja, tinggal di perkotaan, berada pada rumah tangga dengan tingkat kekayaan yang rendah, berumur kurang dari 25 tahun, PDRB kabupaten/kota tempat tinggalnya rendah, dan daerahnya memiliki rasio fasilitas kesehatan per PUS yang tinggi.

#### 4.9.2.2 Cox Regression Tanpa Diskontinu Karena Ingin Hamil

Untuk lebih mendeteksi faktor-faktor yang mempengaruhi risiko diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yang timbul karena faktor selain keinginan untuk hamil, dilakukan analisis Regresi Cox sekali lagi dengan mengeluarkan episode pemakaian kontrasepsi yang diskontinu karena alasan ingin hamil. Dengan mengeluarkan kejadian diskontinu yang disebabkan karena ingin hamil, diharapkan karakteristik yang berpengaruh dapat langsung dikaitkan dengan faktor lainnya yang menyebabkan terjadinya diskontinuitas pemakaian kontrasepsi, sehingga kebijakan yang akan dibuat bisa difokuskan pada faktor tersebut yang relatif lebih mudah untuk dikontrol. Berdasarkan hasil pengolahan yang dilakukan, diperoleh model Regresi Cox seperti pada Tabel 4.13, yang dapat dinyatakan dalam bentuk persamaan sebagai berikut.

$$H(TIME|X) = \exp(0,989KB1 + 0,814KB2 - 0,305EDUC + 0,017WORK + 0,073PLACE + 0,107WEALTH1 + 0,064WEALTH2 + 0,217AGE1 + 0,067AGE2 + 0,092GRDP1 + 0,112GRDP2 + 0,111GRDP3 + 0,104RASIOFK) \quad (4.4)$$

Sebagaimana biasanya, untuk mengetahui seberapa layak model tersebut untuk dimanfaatkan, perlu diuji kelayakannya. Dengan nilai *log likelihood* yang sangat besar (116.597,461) atau nilai *p-value* (0,000) yang jauh lebih kecil dari taraf nyata 5 persen, menunjukkan bahwa model tersebut cukup layak untuk menjelaskan hubungan antara karakteristik sosioekonomi dan demografi dengan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Selanjutnya, pengujian pada setiap



parameter model untuk melihat hubungan setiap variabel bebas dengan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi, dilakukan uji Wald, di mana nilainya seperti yang tersaji dalam Tabel 4.13 kolom 3, atau bisa juga dengan melihat nilai *p-value* pada kolom 4.

Tabel 4.13 Estimasi Parameter, Nilai Statistik Wald, *p-value*, dan Rasio Kecenderungan dalam Model *Cox Regression* Diskontinuitas Pemakaian Kontrasepsi (Tanpa Diskontinu Karena Ingin Hamil)

Variabel Bebas	Estimasi	Wald	<i>p-value</i>	Rasio Kecenderungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Alat/Metode Kontrasepsi</b>		<b>234,974</b>	<b>0,000*</b>	
MKJP	0,000			
Non MKJP	0,989	229,448	0,000*	2,689
Metode Tradisional	0,814	99,598	0,000*	2,257
<b>Tingkat Pendidikan</b>		<b>114,267</b>	<b>0,000*</b>	
Rendah	-0,305	114,267	0,000*	0,737
Menengah ke Atas	0,000			
<b>Aktivitas Pekerjaan</b>		<b>0,417</b>	<b>0,518</b>	
Tidak Bekerja	0,017	0,417	0,518	1,017
Bekerja	0,000			
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>		<b>5,755</b>	<b>0,016*</b>	
Perkotaan	0,073	5,755	0,016*	1,076
Perdesaan	0,000			
<b>Tingkat Kekayaan</b>		<b>9,182</b>	<b>0,010*</b>	
Tinggi	0,107	9,041	0,003*	1,113
Sedang	0,064	3,120	0,077**	1,069
Rendah	0,000			
<b>Umur Awal Episode</b>		<b>41,207</b>	<b>0,000*</b>	
< 25	0,217	30,414	0,000*	1,242
25-34	0,067	3,244	0,072**	1,069
35+	0,000			
<b>PDRB Kab./Kota</b>		<b>13,309</b>	<b>0,000*</b>	
< Kuartil 1	0,092	5,290	0,021*	1,096
Kuartil 1 – Median	0,112	9,362	0,002*	1,119
Median – Kuartil 3	0,111	10,300	0,001*	1,118
Kuartil 3 +	0,000			
<b>Rasio Fasilitas Kesehatan Per PUS</b>	<b>0,104</b>	<b>8,795</b>	<b>0,003*</b>	<b>1,110</b>

Keterangan:

-2 Log Likelihood = 115.748,426 (*p-value* = 0,0000)

\* Signifikan pada taraf nyata ( $\alpha$ ) 0,05 (5%)

\*\* Signifikan pada taraf nyata ( $\alpha$ ) 0,10 (10%)

Dari hasil pengujian, ketika fokus diskontinu diarahkan pada selain alasan ingin hamil, ternyata variabel yang tidak signifikan secara statistik adalah variabel aktivitas pekerjaan, di mana sebelumnya pada model yang melibatkan kejadian diskontinu karena ingin hamil variabel ini secara statistik signifikan. Hal ini menyatakan bahwa risiko diskontinu pemakaian kontrasepsi karena sebab yang timbul dari alat/metode serta yang berkaitan dengan ketersediaan/akses/pelayanan di antara wanita yang bekerja dan wanita yang tidak bekerja adalah tidak berbeda. Pengaruh aktivitas pekerjaan terhadap risiko diskontinu pemakaian kontrasepsi yang sebelumnya terjadi berarti lebih disebabkan karena kejadian diskontinu dengan alasan ingin hamil. Adapun variabel-variabel lainnya dinyatakan signifikan pada taraf nyata 5 persen hingga 10 persen, yang berarti pada variabel itu terdapat perbedaan risiko diskontinuitas pemakaian kontrasepsi antara kategori yang dijelaskan dengan kategori pembanding.

Pada variabel alat/metode kontrasepsi, kedua-duanya dinyatakan signifikan secara statistik pada taraf nyata 0,05, dengan nilai estimasi parameter sebesar 0,989 dan 0,814, serta rasio kecenderungan sebesar 2,69 dan 2,26. Nilai tersebut memberikan pengertian bahwa kontrasepsi non MKJP memiliki risiko lebih cepat mengalami diskontinu dibandingkan dengan kontrasepsi MKJP, dengan kecenderungan risiko sebesar 2,69 kali. Kontrasepsi metode tradisional pun demikian, risiko terjadi diskontinu 2,26 kali lebih cepat daripada kontrasepsi MKJP. Kedua kondisi tersebut terjadi dengan syarat keadaan yang lainnya tetap. Sejalan dengan pembahasan analisis deskriptif, MKJP memiliki tingkat diskontinuitas yang lebih lama dibandingkan dengan non MKJP maupun metode tradisional, sehingga pemakaian MKJP memiliki risiko yang lebih kecil untuk diskontinu karena alasan selain ingin hamil.

Variabel tingkat pendidikan tetap menunjukkan hubungan yang negatif dengan diskontinuitas pemakaian kontrasepsi ketika diskontinu karena ingin hamil tidak disertakan. Wanita yang tingkat pendidikannya rendah 0,74 kali lebih lambat mengalami risiko diskontinuitas pemakaian kontrasepsi daripada wanita berpendidikan menengah ke atas, di mana keadaan yang lainnya tetap. Hasil ini mempertegas hasil sebelumnya bahwasannya risiko diskontinu pada wanita berpendidikan menengah ke atas lebih disebabkan karena alasan kesehatan, mengingat pada model ini sudah bebas dari alasan ingin hamil.

Secara statistik variabel daerah tempat tinggal dinyatakan signifikan terkait hubungannya terhadap risiko diskontinuitas pemakaian kontrasepsi. Wanita yang tinggal di perkotaan 1,08 kali lebih cepat mengalami risiko diskontinu dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah perdesaan, di mana faktor lainnya tetap, pada saat tidak ada alasan diskontinu karena ingin hamil. Kecenderungan risiko yang terjadi tetap menunjukkan pengaruh yang sangat kecil. Namun demikian, keadaan ini juga konsisten dengan pembahasan sebelumnya secara deskriptif dan semakin mendukung bahwa diskontinu yang terjadi lebih disebabkan alasan kesehatan.

Pengujian terhadap variabel tingkat kekayaan yang sebelumnya hanya menunjukkan perbedaan risiko diskontinu antara mereka yang tingkat kekayaannya tinggi dan mereka yang tingkat kekayaannya rendah, kini juga memperlihatkan perbedaan risiko diskontinu antara mereka yang tingkat kekayaannya sedang dan mereka yang tingkat kekayaannya rendah, setelah alasan diskontinu karena ingin hamil tidak disertakan. Dari hasil pengujian, dapat dinyatakan bahwa wanita yang berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan tinggi akan memiliki risiko diskontinuitas 1,11 kali lebih cepat, dan wanita yang berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan sedang akan memiliki risiko diskontinuitas 1,07 kali lebih cepat, jika keduanya dibandingkan dengan wanita yang berada pada tingkat kekayaan rendah, di mana faktor yang lain tetap. Dapat dijelaskan di sini bahwa makin tinggi tingkat kekayaan seseorang biasanya diikuti oleh makin mampunya orang itu memenuhi kebutuhannya, termasuk kebutuhan akan pemakaian kontrasepsi. Terkait dengan alasan diskontinu yang di sini tidak termasuk alasan ingin hamil, permasalahan yang terjadi pada kesehatan akibat pemakaian kontrasepsi juga masih mengemuka di sini. Namun, oleh karena yang lebih berisiko mengalami diskontinu adalah yang tingkat kekayaannya lebih tinggi, pemakaian yang diskontinu akan mampu dilanjutkan kembali dengan pemakaian dengan alat/metode yang lainnya. Hal ini yang mungkin juga berdampak pada baiknya efektivitas pemakaian kontrasepsi yang tercipta.

Variabel lainnya yang secara statistik juga menunjukkan hasil yang signifikan adalah umur pada awal episode pemakaian kontrasepsi. Seperti pada model sebelumnya, hasil yang sama juga terjadi di sini, mana kala kejadian diskontinu karena ingin hamil dikeluarkan dari unit analisis dan fokusnya pada diskontinu karena alasan yang lain. Hasil pengujian memperlihatkan bahwa wanita yang berumur kurang dari 25 tahun lebih berisiko mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi dengan kecenderungan risiko sebesar 1,24 kali lebih cepat dibandingkan dengan wanita usia 35 tahun atau lebih, di mana faktor lainnya dalam keadaan tetap. Adapun wanita yang berumur 25-34 tahun juga lebih berisiko mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi dengan kecenderungan risiko sebesar 1,07 kali lebih cepat dibandingkan dengan wanita usia 35 tahun ke atas, dengan faktor lain dalam kondisi tetap.

Pendapatan domestik regional bruto (PDRB) yang merupakan variabel kontekstual yang menggambarkan kemajuan suatu daerah, juga menunjukkan hasil yang signifikan secara statistik terhadap diskontinuitas pemakaian kontrasepsi, di mana kejadian diskontinu karena ingin hamil untuk sementara tidak dibicarakan. Daerah yang PDRB-nya rendah, agak rendah, dan agak tinggi masing-masing lebih berisiko mengalami diskontinu dengan kecenderungan risiko sebesar berkisar 1,11-1,12 kali lebih cepat dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah dengan PDRB yang tinggi, dengan kondisi faktor lainnya tetap. Kecenderungan risiko ini hampir tidak berubah dibandingkan dengan model sebelumnya ketika diskontinu karena ingin hamil masih disertakan. Jadi, penyebab terjadinya diskontinu pada selain daerah yang PDRB-nya tinggi lebih disebabkan karena masalah yang timbul dari alat/metode yang ada beserta faktor ketersediaan/akses/pelayanan.

Berdasarkan rasio fasilitas kesehatan per PUS suatu daerah, pengaruh rasio ini terhadap risiko diskontinu juga masih sama dengan ketika diskontinu karena ingin hamil masih diperhitungkan. Wanita yang tinggal di daerah dengan rasio fasilitas kesehatan per PUS yang makin tinggi, akan mengalami risiko diskontinu yang makin tinggi juga dengan risiko kecenderungan yang selalu bertambah sebesar 1,11 kali untuk setiap penambahan satu satuan. Persebaran yang kurang merata pada fasilitas kesehatan yang dimiliki suatu daerah diduga menyebabkan

kondisinya demikian, karena hal ini sejalan dengan pola yang sama dengan daerah yang PDRB-nya rendah. Adapun daerah dengan PDRB yang rendah menggambarkan kemajuan daerah tersebut terkait dengan kelengkapan sarana dan prasarannya, sehingga masalah akses menjadi kendala dalam pemenuhan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kontrasepsi.



## BAB 5

### KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, akhirnya dapat ditarik beberapa kesimpulan mengenai pengaruh efektivitas pemakaian kontrasepsi dalam penurunan fertilitas dan risiko kelangsungannya di Indonesia sebagai berikut.

1. Berdasarkan data SDKI 2007, alat/metode kontrasepsi menurut efektivitas pemakaiannya secara berturut-turut yaitu sterilisasi, susuk, IUD, suntik, kondom, pil, dan metode tradisional. Dari pola tersebut, tampak bahwa alat/metode kontrasepsi jangka panjang lebih efektif daripada alat/metode kontrasepsi modern yang lain, dan alat/metode modern yang lain ini juga lebih efektif daripada metode tradisional. Dengan demikian, alat/metode kontrasepsi tersebut dapat dikelompokkan berdasarkan efektivitasnya menjadi tiga kelompok yaitu metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP), non metode kontrasepsi jangka panjang (non MKJP), dan metode tradisional.
2. Efektivitas pemakaian kontrasepsi di Indonesia secara umum tinggi. Oleh karena itulah, efektivitas pemakaian kontrasepsi ini menjadi faktor utama atas terjadinya defisit fertilitas di Indonesia, karena efektivitas pemakaian kontrasepsi dapat menjelaskan terjadinya defisit fertilitas secara signifikan. Di saat faktor lainnya bahkan menyebabkan eksese fertilitas, efektivitas pemakaian kontrasepsi mampu menjelaskan defisit fertilitas lebih besar daripada defisit yang terjadi. Dengan demikian, efektivitas kontrasepsi mampu menetralkan kemungkinan terjadinya eksese fertilitas.
3. Setelah diketahui alat/metode kontrasepsi berdasarkan efektivitas pemakaiannya, di mana alat/metode tersebut dapat dikelompokkan dalam tiga kategori (MKJP, non MKJP, metode tradisional), kontinuitas/diskontinuitas pemakaiannya perlu diketahui guna melihat eksistensi pemakaiannya.

Alat/metode yang lebih efektif, dalam hal ini MKJP (non sterilisasi), ternyata dapat berlangsung lebih lama dibandingkan non MKJP dan metode tradisional. Adapun non MKJP dan metode tradisional hampir tidak berbeda diskontinuitasnya.

4. Karakteristik individu dari sisi sosioekonomi dan demografi yang memiliki risiko lebih cepat diskontinu adalah mereka yang berpendidikan menengah ke atas, tidak bekerja, tinggal di perkotaan, berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan tinggi, waktu pemakaiannya berumur lebih muda, tidak tinggal di daerah yang PDRB kabupaten/kotanya tinggi, serta daerahnya memiliki rasio fasilitas kesehatan per pasangan usia subur yang semakin tinggi.
5. Oleh karena terjadinya diskontinuitas pemakaian kontrasepsi pada umumnya terkait dengan masalah kesehatan dan kemudahan akses, di mana faktor tersebut relatif mudah dikontrol, maka berdasarkan hasil yang lebih memfokuskan pada masalah tersebut, karakteristik yang menunjukkan pengaruh terhadap lebih cepatnya risiko diskontinu yaitu terjadi pada wanita yang berpendidikan menengah ke atas, tinggal di perkotaan, berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan tinggi, waktu pemakaiannya berumur lebih muda, tidak tinggal di daerah yang PDRB kabupaten/kotanya tinggi, dan rasio fasilitas kesehatan per pasangan usia subur di daerahnya tinggi.
6. Efektivitas pemakaian kontrasepsi yang terjadi turut dipengaruhi oleh kecenderungan pemakaian kontrasepsi yang bersifat jangka panjang. Selain itu, meskipun dalam beberapa karakteristik mempunyai risiko diskontinu lebih cepat, tetapi jika ditelusuri pada alasannya, kemungkinan yang terjadi ialah dilakukannya *switching* untuk meneruskan pemakaian kontrasepsi dengan alat/metode yang lain. Dengan demikian, pemakaiannya secara umum menjadi semakin lama dan akan mendukung efektivitas pemakaian kontrasepsi.
7. Wanita berpendidikan menengah ke atas, tinggal di perkotaan, tingkat kekayaan tinggi, dan daerahnya kurang maju cenderung memakai MKJP, tetapi penggunaannya berlangsung lebih cepat untuk diskontinu. Faktor-faktor yang banyak ditemukan sebagai alasannya yaitu alasan kesehatan. Oleh karena

yang mengalami diskontinu yang lebih disebabkan oleh alasan kesehatan adalah mereka yang berpendidikan lebih tinggi, tinggal di perkotaan, dan berada dalam rumah tangga dengan tingkat kekayaan tinggi, maka alasan kesehatan tidak menjadi suatu permasalahan yang berarti dalam kaitannya dengan efektivitas pemakaian kontrasepsi, karena dengan karakteristik seperti itu biasanya seseorang yang mengalami masalah kesehatan akan segera berganti alat/metode kontrasepsi, sehingga pemakaian kontrasepsi akan tetap terjaga efektivitasnya.

8. Untuk beberapa karakteristik seperti tingkat pendidikan rendah, tingkat kekayaan rendah, dan tempat tinggal di perdesaan, sebagian mengalami diskontinu disebabkan karena ingin hamil ataupun karena masalah akses.
9. Diskontinuitas pemakaian kontrasepsi yang benar-benar terlihat pengaruh perbedaan antar kategori terjadi pada karakteristik alat/metode kontrasepsi, tingkat pendidikan, aktivitas kerja, daerah tempat tinggal, dan umur pemakaian kontrasepsi tertentu. Untuk tingkat kekayaan, perbedaan risiko diskontinunya akan terlihat jika hanya membandingkan mereka yang tingkat kekayaannya tinggi dengan mereka yang tingkat kekayaannya rendah. Untuk PDRB kabupaten/kota, pengaruh perbedaannya baru terlihat setelah pemakaian berlangsung beberapa waktu lamanya.
10. Wanita yang tinggal di daerah yang memiliki rasio fasilitas kesehatan per PUS tinggi lebih berisiko mengalami diskontinu pemakaian kontrasepsi. Daerah tersebut umumnya PDRB-nya rendah, yang mengindikasikan terbatasnya sarana dan prasarana di daerah tersebut, sehingga akses menuju fasilitas kesehatan yang ada juga terbatas.
11. Apabila diskontinuitas pemakaian kontrasepsi difokuskan pada alasan selain karena ingin hamil, pengaruh perbedaan antar kategori terjadi pada karakteristik alat/metode kontrasepsi, tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal, tingkat kekayaan, umur pemakaian kontrasepsi tertentu, tingkat kemajuan daerah yang dijelaskan oleh tingkat PDRB kabupaten/kota, dan rasio fasilitas kesehatan per PUS.



## 5.2 Implikasi Kebijakan

Berdasarkan kesimpulan dan temuan-temuan yang didapatkan, berikut disampaikan rekomendasi-rekomendasi yang dapat dituangkan dalam implikasi kebijakan berkaitan dengan pelaksanaan program keluarga berencana.

1. Sosialisasi mengenai pemanfaatan dan pemakaian alat/metode kontrasepsi yang sesuai perlu terus ditingkatkan agar pemakaian alat/metode kontrasepsi yang dipilih dapat digunakan sesuai dengan karakteristik alat/metodenya, sehingga efektivitasnya tetap terjaga. Sosialisasi tersebut dapat dilakukan melalui berbagai media massa, baik cetak maupun elektronik seperti koran, majalah, televisi, radio, dan internet. Selain itu, sosialisasi ini juga bisa dilakukan melalui sarana-sarana pendidikan seperti di sekolah-sekolah, yang bisa diintegrasikan dengan mata pelajaran yang sesuai.
2. Efektivitas pemakaian kontrasepsi yang tinggi ini perlu terus dipertahankan dan di sisi lain prevalensi pemakaian kontrasepsi terus ditingkatkan, sehingga diharapkan dapat memperbesar terjadinya defisit fertilitas di masa yang akan datang. Untuk mempertahankan efektivitas pemakaian kontrasepsi dan meningkatkan prevalensinya, selain sosialisasi sebagaimana pada butir pertama, ketersediaan alat/metode kontrasepsi beserta pelayanannya harus dapat dijangkau oleh berbagai kalangan.
3. Sebagian diskontinuitas yang terjadi disebabkan karena masalah akses. Untuk itu, pelayanan kontrasepsi perlu terus diperluas hingga daerah-daerah terpencil termasuk dalam hal perluasan dan penyebaran informasi, sehingga ketika seseorang memutuskan untuk diskontinu, alternatif alat/metode kontrasepsi pengganti sudah tersedia bagi mereka.
4. Berkenaan dengan desentralisasi, dari temuan yang ada menunjukkan bahwa diskontinuitas lebih cepat terjadi pada daerah yang tingkat PDRB-nya tidak tinggi. Perbedaan diskontinuitas ini juga baru terlihat setelah pemakaian kontrasepsi berjalan beberapa waktu lamanya. Hal ini mengindikasikan pelaksanaan program KB kurang menjadi prioritas di daerah yang secara ekonomi kurang maju. Untuk itu, perlu pemantauan dan penekanan khusus dalam memberikan dukungan dan bantuan kontrasepsi pada daerah kurang maju. Berkaitan dengan hal ini (dan hal lain pada butir 2 dan 3), subsidi masih diperlukan dengan tetap menerapkan skala prioritas.

## DAFTAR REFERENSI

- Adioetomo, Sri Moertiningsih. (2005). *Bonus demografi menjelaskan hubungan antara pertumbuhan penduduk dengan pertumbuhan ekonomi*. Disampaikan pada Upacara Pengukuhan Jabatan Guru Besar Tetap dalam Bidang Ekonomi Kependudukan pada Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Jakarta 30 April 2005.
- Agung, I Gusti Ngurah. (2004). *Manajemen Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Ali, Mohamed M., Marshall, Tom, & Babiker, Abdel G. (2001). Analysis of incomplete durations with application to contraceptive use. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, 164 (3), 549-563.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Produk domestik regional bruto kabupaten/kota di Indonesia 2003-2007*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- \_\_\_\_\_. (2008a). *Statistik Indonesia 2008*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Statistik 60 Tahun Indonesia Merdeka*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, dan Macro International, Inc. (2008). *Laporan pendahuluan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, dan Departemen Kesehatan; Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- Bairagi, Radheshyam & Rahman, Mizanur. (1996). Contraceptive failure in Matlab, Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 22 (1), 21-25.
- Blanc, Ann K., Curtis, Sian L., & Croft, Trevor N.. (2002). Monitoring contraceptive continuation: Link to fertility outcomes and quality of care. *Studies in Family Planning*, 33 (2), 127-140.
- Bongaarts, John.(1978). A framework for analyzing the proximate determinant of fertility. *Population and Development Review*, 4 (1), 105-132.
- Bongaarts, J. & Kirmeyer, S. (1982). Estimating the impact of contraceptive prevalence on fertility: aggregate and age-specific versions of a model. In Albert I. Hermalin & Barbara Entwisle (Ed.). *The role of surveys in the analysis of family planning programmes* (pp 381-408). Liege: Ordina Edition.

- Bongaarts, J. & Potter, R. (1983). *Fertility, biology and behavior: An analysis of the proximate determinants*. New York: Academic Press.
- Bongaarts, John & Rodriguez, German. (1991). A new method for estimating contraceptive failure rates. In *Measuring the dynamics of contraceptive use* (pp. 52-67). New York: United Nations.
- Bulatao, R. (1989). Toward a framework for understanding contraceptive method choice. In R. Bulatao, J. Palmore, & S. Ward (Eds.). *Choosing a contraceptive* (pp. 277-304). Boulder, CO: Westview Press.
- Coale, Ansley & Hoover, E.M. (1958). *Population growth and economic development in low-income countries*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cox, D.R. & Oakes, D. (1984). *Analysis of survival data*. London: Chapman and Hall.
- Curtis, Sian L. & Blanc, Ann K. (1997). Determinant of contraceptive failure, switching, discontinuation: An analysis of DHS contraceptive histories. *Demographic and Health Surveys Analytical No. 6*. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Davis, Kingsley & Blake, Judith. (1956). Social structure and fertility: An analytic framework. *Economic Development and Cultural Change*, 4 (3), 211-235.
- Fu, H., Darroch, JE, Haas, T., & Ranjit, N. (1999). Contraceptive failure rate: New estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Family Planning Perspectives*, 31 (2), 56-63.
- Gakidou, Emmanuela, & Vayena, Effy. (2007). Use of modern contraceptive by the poor is falling behind. *PloS Medicine*, 4 (2): e31, 0381-0389. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040031>.
- Hamill, David N., Tsui, Amy O., & Thapa, Shyam. (1990). Determinants of contraceptive switching behavior in rural Sri Lanka. *Demography*, 27 (4), 559-578.
- Islam, Mahidul, Kane, Thomas T., Khuda, Barkat-e-, Reza, M. Masud, & Hossain, Mian Bazle. (1998). Determinant of contraceptive use among married teenage women and newlywed couples. *International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, Working Paper No. 117*. Mohakhali, Dhaka: ICDDR, B.
- Jejeebhoy, Shireen. (1991). Measuring contraceptive use-failure and continuation: an overview of new approaches. In *Measuring the dynamics of contraceptive use* (pp. 21-51). New York: United Nations.

- Kalbfleisch, John D. (2002). *The statistical analysis of failure time data*. New York: John Wiley and Sons.
- Laing, John E. (1985). Continuation and effectiveness of contraceptive practice: A cross-sectional approach. *Studies in Family Planning*, 16 (3), 138-153.
- Lawless, J.F. (1982). *Statistical models and methods for lifetime data*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Lee, E.T. (1992). *Statistical methods for survival data analysis* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Leite, Iuri C. & Gupta, Neeru. (2007). Assessing regional differences in contraceptive discontinuation, failure and switching in Brazil. *Reproductive Health*, 4 (6).
- Magadi, Monica A. & Curtis, Sian L. (2003). Trends and determinants of contraceptive method choice in Kenya. *Studies in Family Planning*, 34 (3), 149-159.
- Moreno, Lorenzo & Goldman, Noreen. (1991). Contraceptive failure rates in developing countries: Evidence from Demographic and Health Surveys. *International Family Planning Perspectives*, 17 (2), 44-49.
- Nachrowi, Nachrowi Djalal & Usman, Hardius. (2008). *Penggunaan teknik ekonometri* (Ed. Rev.). Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Norusis, Marija J. (1993). *SPSS for windows advanced statistics release 6.0*. Chicago, Illinois: SPSS Inc.
- Population Reference Bureu. (2007). *2007 world population data sheet*. Washington DC: Population Reference Bureu.
- Rajagukguk, Omas Bulan. (1997). Analysis of contraceptive switching in Indonesia. *Journal of Population*, 3 (2), 97-117.
- \_\_\_\_\_. (2004). Kontribusi prevalensi KB dalam penurunan tingkat kelahiran serta implikasinya di era otonomi daerah. *Warta Demografi*, 34 (2), 13-20.
- Ranjit, Nalini, Bankole, Akinrinola, Darroch, Jacqueline E., & Singh, Susheela. (2001). Contraceptive failure in the first two years of use: Differences across socioeconomic subgroups. *Family Planning Perspectives*, 33 (1), 19-27.
- Rutherford, Robert D. & Choe, Minja Kim. (1992). *Statistical models for causal analysis*. Ohio: John Wiley and Sons.

- Rutstein, Shea Oscar & Johnson, Kiersten. (2004). The DHS wealth index. *DHS Comparative Report No. 6*. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Samosir, Omas Bulan. (1994). *Contraceptive use in Indonesia*. Disertasi S3 (tidak dipublikasikan) pada Department of Social Statistics, Faculty of Social Sciences, University of Southampton, United Kingdom.
- Steele, Fiona & Curtis, Sian. (2003). Appropriate method for analyzing the effect of method choice on contraceptive discontinuation. *Demography*, 40 (1), 1-22.
- Stephenson, Rob, Beke, Andi, & Tshibangu, Delphin. (2008). Community and health facility influences on contraceptive method choice in Eastern Cape, South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 34 (2), 62-70.
- Tietze, Christopher & Lewit, Sarah. (1968). Statistical evaluation of contraceptive methods: Use-effectiveness and extended use-effectiveness. *Demography*, 5 (2), 931-940.
- Trierweiler, Karen. (2000). *Contraceptive failure: How clinicians can promote effective contraceptive practice*. Colorado: Colorado Department of Public Health and Environment.
- Trussell, James. (tanpa tahun). *Measuring contraceptive failure*. Dokumen online dapat dilihat pada <http://www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/AC/07/slides/2007-4274s1-03-FDA-JamesTrussell.ppt>. Diakses tanggal 15 Juni 2009.
- Yamaguchi, Kazuo. (1991). *Event history analysis*. Newbury Park, California: SAGE Publication Inc.

## Lampiran 1: Data CPR dan TFR Negara-Negara Berkembang 2007

NO.	NEGARA	TFR	CPR (%)	NO.	NEGARA	TFR	CPR (%)
1	Afghanistan	6,8	10	28	Myanmar	2,3	37
2	Bangladesh	3,0	58	29	Nepal	3,1	48
3	Benin	5,7	17	30	Niger	7,1	11
4	Burkina Faso	6,2	14	31	Nigeria	5,9	12
5	Burundi	6,8	16	32	Pakistan	4,1	30
6	Cambodia	3,4	40	33	Rwanda	6,1	17
7	Central African Republic	5,0	28	34	São Tomé and Príncipe	4,1	29
8	Chad	6,5	3	35	Senegal	5,3	12
9	Comoros	4,9	26	36	Sierra Leone	6,1	5
10	Congo, Dem. Rep	6,7	31	37	Somalia	6,8	8
11	Côte d'Ivoire	5,0	15	38	Tajikistan	3,4	38
12	Eritrea	5,3	8	39	Tanzania	5,4	26
13	Ethiopia	5,4	15	40	Togo	5,5	26
14	Gambia, The	5,1	10	41	Uganda	6,7	24
15	Ghana	4,4	17	42	Uzbekistan	2,7	68
16	Guinea	5,7	9	43	Vietnam	2,1	77
17	Guinea-Bissau	7,1	8	44	Yemen, Rep.	6,2	23
18	Haiti	4,0	32	45	Zambia	5,5	34
19	Kenya	4,9	39	46	Zimbabwe	3,8	60
20	Korea, Dem Rep.	2,0	69	47	Albania	1,8	75
21	Kyrgyz Republic	2,8	60	48	Algeria	2,4	57
22	Lao PDR	4,8	32	49	Angola	6,8	6
23	Madagascar	5,2	27	50	Armenia	1,7	53
24	Malawi	6,3	42	51	Azerbaijan	2,1	51
25	Mali	6,6	8	52	Bolivia	3,7	58
26	Mauritania	4,8	8	53	Bosnia and Herzegovina	1,2	48
27	Mozambique	5,4	17	54	Cameroon	4,9	26

## Lampiran 1 (lanjutan)

NO.	NEGARA	TFR	CPR (%)	NO.	NEGARA	TFR	CPR (%)
55	Cape Verde	3,5	53	74	Maldives	2,8	40
56	China	1,6	87	75	Marshall Islands	4,9	34
57	Colombia	2,4	78	76	Moldova	1,3	68
58	Congo, Rep.	5,3	44	77	Mongolia	2,0	66
59	Djibouti	4,2	18	78	Morocco	2,4	63
60	Dominican Republic	2,9	61	79	Namibia	3,6	44
61	Ecuador	3,1	73	80	Nicaragua	3,2	69
62	Egypt, Arab Rep.	3,1	59	81	Paraguay	3,5	73
63	El Salvador	2,9	67	82	Peru	2,5	71
64	Georgia	1,3	47	83	Philippines	3,4	51
65	Guatemala	4,4	43	84	Sri Lanka	2,0	70
66	Guyana	2,7	35	85	Sudan	4,5	10
67	Honduras	3,3	65	86	Swaziland	3,6	28
68	India	2,9	56	87	Syrian Arab Republic	3,5	47
69	Indonesia	2,4	60	88	Thailand	1,7	72
70	Iran, Islamic Rep.	2,0	74	89	Timor-Leste	7,0	10
71	Iraq	4,9	50	90	Tunisia	2,0	63
72	Jordan	3,5	56	91	Turkmenistan	2,9	62
73	Lesotho	3,5	37	92	Ukraine	1,3	68

## Lampiran 2: Penghitungan Efektivitas Pemakaian Kontrasepsi

Metode	B <sub>k</sub>	p	u	WYL	b	f <sup>m</sup>	e	f <sup>y</sup>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<b>MKJP</b>	<b>22</b>	<b>0,1979</b>	<b>10,9</b>			<b>0,02</b>	<b>99,8</b>	<b>0,28</b>
Sterilisasi	0	0,0000	3,3			0,00	100,0	0,00
IUD	15	0,1349	4,9			0,04	99,6	0,42
Susuk	7	0,0630	2,8			0,03	99,7	0,35
<b>non MKJP</b>	<b>482</b>	<b>4,3349</b>	<b>46,4</b>			<b>0,12</b>	<b>98,8</b>	<b>1,42</b>
Pil	297	2,6711	13,2			0,26	97,4	3,05
Suntikan	170	1,5289	31,8			0,06	99,4	0,73
Kondom	11	0,0989	1,3			0,10	99,0	1,15
Lainnya	4	0,0360	0,0			1,44	85,6	15,92
<b>Tradisional</b>	<b>104</b>	<b>0,9353</b>	<b>4,0</b>			<b>0,30</b>	<b>97,0</b>	<b>3,53</b>
<b>Tidak Pakai</b>	<b>10.511</b>	<b>94,5319</b>	<b>38,6</b>			<b>3,13</b>	<b>68,7</b>	<b>31,60</b>
<b>Total</b>	<b>11.119</b>	<b>100,0000</b>	<b>100,0</b>	<b>87.335</b>	<b>127</b>			
<b>Semua Metode</b>	<b>608</b>	<b>5,4681</b>	<b>61,4</b>			<b>0,11</b>	<b>98,9</b>	<b>1,36</b>

input

input

input

$$\frac{(2) \cdot 10}{\Sigma(2)}$$

$$\frac{\Sigma(2)}{(5)}$$

$$\frac{(3) \cdot (6)}{120 \cdot (4) \cdot a}$$

$$100 - (7) \cdot c$$

$$\frac{12 \cdot (7)}{1 + 0,06 \cdot (7)}$$

$$a = 0,83 \quad c = 0,1$$

Keterangan:B<sub>k</sub> = jumlah kelahiran ketika memakai metode kp = proporsi B<sub>k</sub>

u = CPR

WYL = woman year lived

= jumlah "X" dalam data kalender dibagi 12

b = kelahiran marital

e = efektivitas kontrasepsi

f<sup>m</sup> = tingkat kegagalan bulananf<sup>y</sup> = tingkat kegagalan tahunan



## Lampiran 3: Data PDRB dan Rasio Fasilitas Kesehatan per PUS

NO.	KODE	NAMA KABUPATEN/KOTA	PDRB (Miliar Rp)	JUMLAH FASKES	JUMLAH PUS	RASIO FASKES/ PUS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>KATEGORI: PDRB &lt; KUARTIL 1 (&lt; 646,32)</b>						
1	5317	SUMBA TENGAH	88,30	165	9.545	1,7287
2	9427	SUPIORI	101,94	49	1.862	2,6316
3	9416	YAHUKIMO	110,80	144	32.640	0,4412
4	8107	SERAM BAGIAN TIMUR	115,87	117	13.623	0,8588
5	9103	TELUK WONDAMA	117,86	56	26.132	0,2143
6	5308	LEMBATA	131,89	372	15.689	2,3711
7	9418	TOLIKARA	135,21	138	11.928	1,1569
8	1216	PAPAK BHARAT	137,62	98	4.536	2,1605
9	3101	KEPULAUAN SERIBU	143,65	26	4.074	0,6382
10	1172	KOTA SABANG	145,88	76	4.756	1,5980
11	9426	WAROPEN	146,40	109	4.289	2,5414
12	9417	PEGUNUNGAN BINTANG	148,99	61	22.473	0,2714
13	7505	GORONTALO UTARA	170,62	175	20.808	0,8410
14	1101	SIMEULUE	172,91	191	15.582	1,2258
15	8105	KEPULAUAN ARU	178,22	93	12.352	0,7529
16	9415	ASMAT	180,60	88	12.956	0,6792
17	9419	SARMI	187,78	71	6.430	1,1042
18	7407	WAKATOBI	192,59	189	16.978	1,1132
19	8202	HALMAHERA TENGAH	196,82	91	5.909	1,5400
20	8201	HALMAHERA BARAT	198,34	216	17.970	1,2020
21	8206	HALMAHERA TIMUR	205,60	122	11.508	1,0601
22	9106	SORONG SELATAN	210,62	165	6.972	2,3666
23	1704	KAUR	213,87	274	20.869	1,3130
24	9414	MAPPI	214,27	72	12.464	0,5777
25	1116	ACEH JAYA	224,78	134	10.744	1,2472
26	9108	RAJA AMPAT	225,35	140	3.650	3,8356
27	8272	TIDORE KEPULAUAN	225,73	162	13.855	1,1693
28	7504	BONE BOLANGO	232,30	217	24.280	0,8937
29	7108	KEP. SIAU TAGOLANDANG BIARO	250,95	151	10.742	1,4057
30	5301	SUMBA BARAT	251,57	188	17.305	1,0864
31	9420	KEEROM	257,78	92	8.820	1,0431
32	8104	BURU	258,40	165	21.806	0,7567
33	9411	PUNCAK JAYA	262,47	170	30.932	0,5496
34	5318	NAGEKEO	268,98	258	16.456	1,5678
35	7501	BOALEMO	272,68	189	25.481	0,7417
36	7410	KONawe UTARA	274,32	126	8.181	1,5402
37	8106	SERAM BAGIAN BARAT	276,92	291	24.453	1,1900
38	7409	BUTON UTARA	281,13	104	7.081	1,4687
39	8203	KEPULAUAN SULA	282,37	162	24.111	0,6719
40	5314	ROTE NDAO	303,33	357	15.424	2,3146
41	1705	SELUMA	303,55	408	30.732	1,3276
42	9102	KAIMANA	310,25	75	17.677	0,4243
43	9408	YAPEN WAROPEN	311,05	148	12.880	1,1491
44	7107	BOLAANG MONGONDOW UTARA	311,16	121	11.016	1,0984
45	8102	MALUKU TENGGARA	317,95	285	20.066	1,4203
46	9410	PANIAI	321,77	163	27.825	0,5858
47	5316	SUMBA BARAT DAYA	328,14	373	31.395	1,1881
48	7406	BOMBANA	333,44	221	19.826	1,1147
49	5307	ALOR	338,44	536	27.456	1,9522
50	5312	NGADA	346,46	321	19.648	1,6338
51	6111	KAYONG UTARA	349,33	145	16.920	0,8570
52	1374	KOTA PADANG PANJANG	351,23	138	7.885	1,7502
53	1175	SUBUSSALAM	352,92	119	8.202	1,4509
54	5315	MANGGARAI BARAT	354,51	427	34.783	1,2276
55	1113	GAYO LUES	361,01	103	12.474	0,8257
56	7104	KEPULAUAN TALAUD	364,01	199	14.487	1,3736
57	1102	ACEH SINGKIL	367,74	226	17.158	1,3172

## Lampiran 3 (lanjutan)

NO.	KODE	NAMA KABUPATEN/KOTA	PDRB (Miliar Rp)	JUMLAH FASKES	JUMLAH PUS	RASIO FASKES/ PUS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
58	7301	SELAYAR	370,40	272	19.467	1,3972
59	7174	KOTAMOBAGO	371,27	133	18.313	0,7263
60	5272	BIMA	392,28	208	20.948	0,9929
61	7209	TOJO UNA-UNA	396,46	272	30.987	0,8778
62	9413	BOVEN DIGOEL	403,77	30	6.116	0,4905
63	8101	MALUKU TENGGARA BARAT	411,63	325	26.741	1,2154
64	9104	TELUK BINTUNI	412,84	134	8.640	1,5509
65	8205	HALMAHERA UTARA	413,92	309	33.664	0,9179
66	5305	TIMOR TENGAH UTARA	420,61	595	32.437	1,8343
67	7503	POHUWATO	421,33	191	22.489	0,8493
68	1372	KOTA SOLOK	445,15	170	9.540	1,7820
69	1707	LEBONG	445,94	209	16.668	1,2539
70	7605	MAMUJU UTARA	455,44	91	20.710	0,4394
71	1104	ACEH TENGGARA	457,27	349	27.729	1,2586
72	1373	KOTA SAWAH LUNTO	458,26	166	9.623	1,7250
73	6110	MELAWAI	462,85	247	33.492	0,7375
74	1301	KEPULAUAN MENTAWAI	465,79	192	12.863	1,4927
75	1118	PIDIE JAYA	466,59	377	22.407	1,6825
76	7601	MAJENE	475,96	258	19.636	1,3139
77	8204	HALMAHERA SELATAN	476,88	276	32.090	0,8601
78	7603	MAMASA	477,29	271	20.256	1,3379
79	8271	TERNATE	478,66	229	27.513	0,8323
80	1872	METRO	479,39	280	25.365	1,1039
81	7571	GORONTALO	484,89	258	29.703	0,8686
82	1706	MUKOMUKO	487,85	216	26.992	0,8002
83	1701	BENGKULU SELATAN	491,28	283	25.206	1,1227
84	2104	LINGGA	495,43	197	16.674	1,1815
85	6207	LAMANDAU	496,30	138	11.205	1,2316
86	7207	BUOL	512,42	207	21.784	0,9502
87	6406	MALINAU	515,76	137	8.961	1,5288
88	9101	FAKFAK	518,80	135	13.188	1,0237
89	7173	TOMOHON	520,35	95	14.944	0,6357
90	5309	FLORES TIMUR	521,81	670	34.205	1,9588
91	6206	SUKAMARA	525,10	107	7.810	1,3700
92	8103	MALUKU TENGAH	534,17	583	54.747	1,0649
93	1673	PAGAR ALAM	538,74	224	20.746	1,0797
94	1310	SOLOK SELATAN	546,07	164	22.585	0,7261
95	7401	BUTON	551,53	454	46.202	0,9826
96	6212	BARITO TIMUR	566,15	273	15.767	1,7315
97	6109	SEKADAU	567,54	239	31.980	0,7473
98	9107	SORONG	574,18	217	9.966	2,1774
99	7201	BANGGAI KEPULAUAN	579,93	356	31.105	1,1445
100	6211	GUNUNG MAS	582,88	220	14.400	1,5278
101	7472	BAU BAU	586,32	208	20.831	0,9985
102	1117	BENER MERIAH	598,43	271	19.785	1,3697
103	7303	BANTAENG	601,42	333	31.615	1,0533
104	7310	BARRU	605,71	307	26.232	1,1703
105	7372	PARE-PARE	609,22	217	19.135	1,1340
106	1377	KOTA PARIAMAN	621,50	259	9.561	2,7089
107	1271	KOTA SIBOLGA	623,78	176	13.634	1,2909
108	5302	SUMBA TIMUR	624,14	619	33.343	1,8565
109	9402	JAYAWIJAYA	625,99	432	53.223	0,8117
110	7103	KEPULAUAN SANGIHE	628,37	292	21.511	1,3574
111	7316	ENREKANG	630,60	357	26.135	1,3660
112	6210	PULANG PISAU	633,11	262	21.616	1,2121
113	1708	KEPAHING	633,25	199	22.210	0,8960
<b>KATEGORI: PDRB = KUARTIL 1 – MEDIAN (646,32 – 1.475,00)</b>						
114	3279	BANJAR	646,32	267	31.421	0,8498
115	3572	KOTA BLITAR	647,64	309	23.691	1,3043
116	9403	JAYAPURA	655,18	229	16.983	1,3484
117	5306	BELU	657,74	859	62.540	1,3735
118	2103	NATUNA	674,31	217	18.980	1,1433

## Lampiran 3 (lanjutan)

NO.	KODE	NAMA KABUPATEN/KOTA	PDRB (Miliar Rp)	JUMLAH FASKES	JUMLAH PUS	RASIO FASKES/ PUS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
119	7502	GORONTALO	692,13	521	66.146	0,7877
120	1112	ACEH BARAT DAYA	693,16	283	19.498	1,4514
121	5311	ENDE	701,82	701	37.497	1,8695
122	7109	MINAHASA TENGGARA	724,24	152	13.464	1,1289
123	1376	KOTA PAYAKUMBUH	727,78	300	17.808	1,6846
124	7403	KONAWA	728,93	424	40.381	1,0500
125	7408	KOLAKA UTARA	730,49	163	17.759	0,9178
126	6308	HULU SUNGAI UTARA	731,62	556	37.872	1,4681
127	9409	BIAK NUMFOR	735,79	289	16.740	1,7264
128	7373	PALOPO	743,97	184	21.214	0,8674
129	7304	JENEPONTO	745,30	462	54.856	0,8422
130	6305	TAPIN	748,94	369	31.323	1,1780
131	5310	SIKKA	752,70	696	42.381	1,6422
132	1906	BELITUNG TIMUR	752,93	204	18.520	1,1015
133	7305	TAKALAR	752,98	443	43.916	1,0087
134	7405	KONAWA SELATAN	769,99	531	45.214	1,1744
135	1508	TEBO	770,81	388	50.220	0,7726
136	1173	KOTA LANGSA	772,01	229	22.836	1,0028
137	1277	KOTA PADANG SIDEMPUAN	787,93	445	27.906	1,5946
138	3373	SALATIGA	792,68	430	30.025	1,4321
139	6372	BANJARBARU	793,36	197	33.885	0,5814
140	1505	MUARO JAMBI	794,57	499	61.093	0,8168
141	6213	MURUNG RAYA	809,34	199	17.720	1,1230
142	5205	DOMPU	813,52	441	36.073	1,2225
143	6204	BARITO SELATAN	823,43	275	25.247	1,0892
144	1611	EMPAT LAWANG	830,27	305	35.745	0,8533
145	1672	PRABUMULIH	836,76	216	24.723	0,8737
146	5304	TIMOR TENGAH SELATAN	843,10	872	63.546	1,3722
147	5313	MANGGARAI	845,79	993	88.160	1,1264
148	1215	HUMBANG HASUNDUTAN	856,29	357	17.217	2,0735
149	6208	SERUYAN	861,90	174	19.710	0,8828
150	1375	KOTA BUKITTINGGI	862,16	326	17.490	1,8639
151	1503	SAROLANGUN	877,41	440	41.760	1,0536
152	9404	NABIRE	880,62	224	36.497	0,6137
153	7204	POSO	889,44	437	27.274	1,6023
154	7307	SINJAI	891,29	404	36.994	1,0921
155	7402	MUNA	896,71	465	42.033	1,1063
156	6307	HULU SUNGAI TENGAH	903,39	520	43.738	1,1889
157	6205	BARITO UTARA	905,26	299	24.660	1,2125
158	1217	SAMOSIR	908,46	217	16.984	1,2777
159	9105	MANOKWARI	915,95	413	12.021	3,4357
160	1115	NAGAN RAYA	925,81	236	23.290	1,0133
161	1674	LUBUK LINGGA	940,51	281	33.717	0,8334
162	3371	MAGELANG	946,06	360	20.832	1,7281
163	5106	BANGLI	946,11	499	41.342	1,2070
164	1504	BATANGHARI	949,40	451	42.515	1,0608
165	6306	HULU SUNGAI SELATAN	951,28	481	40.522	1,1870
166	1502	MERANGIN	953,61	590	60.305	0,9784
167	1311	DHARMASRAYA	957,50	389	35.186	1,1056
168	7308	MAROS	960,02	463	49.050	0,9439
169	3575	KOTA PASURUAN	966,21	454	33.755	1,3450
170	1274	KOTA TEBING TINGGI	978,41	249	23.373	1,0653
171	1106	ACEH TENGAH	982,69	491	29.486	1,6652
172	6409	PENAJAM PASER UTARA	987,31	334	24.647	1,3551
173	6408	NUNUKAN	992,46	261	22.936	1,1379
174	3577	KOTA MADIUN	995,22	452	29.862	1,5136
175	6407	BULONGAN	999,77	243	20.368	1,1930
176	1204	TAPANULI TENGAH	1.002,82	562	44.434	1,2648
177	7312	SOPPENG	1.004,85	452	37.473	1,2062
178	6102	BENGKAYANG	1.010,34	406	32.838	1,2364
179	1509	BUNGO	1.012,21	460	48.980	0,9392
180	1703	BENGKULU UTARA	1.019,56	834	68.085	1,2249
181	7604	MAMUJU	1.029,91	407	52.561	0,7743
182	1905	BANGKA SELATAN	1.038,59	209	31.795	0,6573

## Lampiran 3 (lanjutan)

NO.	KODE	NAMA KABUPATEN/KOTA	PDRB (Miliar Rp)	JUMLAH FASKES	JUMLAH PUS	RASIO FASKES/ PUS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
183	7206	TOLI-TOLI	1.043,29	351	36.969	0,9494
184	1506	TANJUNG JABUNG TIMUR	1.046,65	383	40.256	0,9514
185	3576	KOTA MOJOKERTO	1.053,56	305	20.056	1,5207
186	6108	KAPUAS HULU	1.053,87	442	39.639	1,1151
187	6172	SINGKAWANG	1.061,72	222	27.159	0,8174
188	7105	MINAHASA SELATAN	1.067,33	344	35.761	0,9619
189	1902	BELITUNG	1.070,68	268	27.979	0,9579
190	1608	OKU SELATAN	1.076,99	499	63.673	0,7837
191	1107	ACEH BARAT	1.085,09	215	27.982	0,7684
192	3579	BATU	1.087,39	372	39.237	0,9481
193	5303	KUPANG	1.088,66	902	55.300	1,6311
194	1214	NIAS SELATAN	1.090,67	-	43.384	-
195	6209	KATINGAN	1.102,40	336	26.955	1,2465
196	7106	MINAHASA UTARA	1.103,83	265	31.941	0,8297
197	3376	TEGAL	1.109,44	391	41.195	0,9491
198	1971	PANGKAL PINANG	1.112,94	202	26.102	0,7739
199	7318	TANA TORAJA	1.114,50	617	57.101	1,0805
200	5105	KLUNGKUNG	1.125,34	386	27.862	1,3854
201	7602	POLEWALI MANDAR	1.136,04	569	58.134	0,9788
202	1304	SAWAHLUNTO/SIJUNJUNG	1.145,01	447	37.263	1,1996
203	1309	PASAMAN	1.145,23	523	41.680	1,2548
204	1904	BANGKA TENGAH	1.148,29	178	27.366	0,6504
205	7203	MOROWALI	1.168,31	476	34.043	1,3982
206	9171	SORONG	1.212,76	162	31.205	0,5191
207	1272	KOTA TANJUNG BALAI	1.229,07	264	25.219	1,0468
208	1109	PIDIE	1.231,06	1322	56.974	2,3204
209	7322	LUWU UTARA	1.237,40	408	53.145	0,7677
210	1103	ACEH SELATAN	1.238,08	479	30.356	1,5779
211	1807	WAY KANAN	1.252,82	659	72.848	0,9046
212	6311	BALANGAN	1.257,75	331	20.160	1,6419
213	7314	SIDENRENG RAPPANG	1.264,33	459	42.212	1,0874
214	3501	PACITAN	1.274,46	1083	113.048	0,9580
215	1801	LAMPUNG BARAT	1.278,92	619	75.256	0,8225
216	1114	ACEH TAMIANG	1.292,46	558	40.040	1,3936
217	6271	PALANGKA RAYA	1.306,39	312	33.332	0,9360
218	5206	BIMA	1.319,46	652	67.692	0,9632
219	1205	TAPANULI UTARA	1.377,74	706	33.528	2,1057
220	6103	LANDAK	1.397,28	468	58.430	0,8010
221	7317	LUWU	1.400,33	535	49.966	1,0707
222	1501	KERINCI	1.407,39	532	62.022	0,8578
223	7302	BULUKUMBA	1.424,82	651	68.058	0,9565
224	7101	BOLAANG MONGONDOW	1.446,73	506	62.220	0,8132
225	1610	OGAN ILIR	1.463,98	505	59.817	0,8442
226	1702	REJANG LEBONG	1.466,30	498	48.139	1,0345
227	1105	ACEH TIMUR	1.471,97	850	49.760	1,7082
<b>KATEGORI: PDRB = MEDIAN – KUARTIL 3 (1.475,51 – 3.251,00)</b>						
228	7471	KENDARI	1.475,51	314	44.056	0,7127
229	1206	TOBA SAMOSIR	1.505,13	431	21.842	1,9733
230	5101	JEMBRANA	1.510,51	521	51.048	1,0206
231	8171	AMBON	1.511,62	277	40.076	0,6912
232	7202	BANGGAI	1.539,76	714	57.240	1,2474
233	7306	GOWA	1.543,57	694	112.120	0,6190
234	5204	SUMBAWA	1.564,53	769	76.476	1,0055
235	5107	KARANGASEM	1.583,41	852	64.697	1,3169
236	3401	KULON PROGO	1.587,63	1172	65.576	1,7872
237	1276	KOTA BINJAI	1.597,48	461	39.545	1,1658
238	3272	SUKABUMI	1.607,22	620	51.324	1,2080
239	1473	DUMAI	1.630,67	373	39.246	0,9504
240	1174	KOTA LHOKSUMAWE	1.639,95	318	28.136	1,1302
241	1507	TANJUNG JABUNG BARAT	1.658,39	385	48.384	0,7957
242	1171	KOTA BANDA ACEH	1.669,30	277	27.118	1,0215
243	3307	WONOSOBO	1.679,15	1552	155.564	0,9977
244	1202	MANDAILING NATAL	1.685,70	750	64.758	1,1582

## Lampiran 3 (lanjutan)

NO.	KODE	NAMA KABUPATEN/KOTA	PDRB (Miliar Rp)	JUMLAH FASKES	JUMLAH PUS	RASIO FASKES/ PUS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
245	2101	KARIMUN	1.698,91	387	40.710	0,9506
246	3574	KOTA PROBOLINGGO	1.705,84	446	45.536	0,9794
247	1273	KOTA PEMATANG SIANTAR	1.721,86	476	36.000	1,3222
248	9401	MERAUKE	1.728,71	287	32.037	0,8958
249	5271	MATARAM	1.738,86	642	62.212	1,0320
250	1201	NIAS	1.739,48	-	64.356	-
251	1901	BANGKA	1.764,89	336	46.049	0,7297
252	3528	PAMEKASAN	1.775,11	1018	169.856	0,5993
253	1210	DAIRI	1.789,80	716	35.874	1,9959
254	7102	MINAHASA	1.792,68	551	50.880	1,0829
255	6107	SINTANG	1.796,49	676	67.579	1,0003
256	5371	KUPANG	1.798,33	365	43.416	0,8407
257	1302	PESISIR SELATAN	1.801,34	1004	70.756	1,4190
258	1771	BENGKULU	1.806,94	511	47.998	1,0646
259	1303	SOLOK	1.811,86	840	61.034	1,3763
260	3316	BLORA	1.811,86	1604	172.344	0,9307
261	6304	BARITO KUALA	1.815,68	684	54.128	1,2637
262	3375	PEKALONGAN	1.820,00	604	47.555	1,2701
263	7172	BITUNG	1.820,16	200	34.008	0,5881
264	5202	LOMBOK TENGAH	1.833,79	1572	161.166	0,9754
265	6203	KAPUAS	1.863,22	612	63.874	0,9581
266	1108	ACEH BESAR	1.872,62	1022	48.366	2,1131
267	1601	OKU	1.900,60	519	45.298	1,1457
268	6301	TANAH LAUT	1.930,30	512	54.580	0,9381
269	3503	TRENGGALEK	1.938,07	1327	130.781	1,0147
270	7313	WAJO	1.962,73	588	66.612	0,8827
271	3511	BONDOWOSO	1.974,90	1383	154.626	0,8944
272	3317	REMBANG	1.999,95	1604	123.840	1,2952
273	1609	OKU TIMUR	2.001,67	1052	115.935	0,9074
274	1604	LAHAT	2.014,52	809	63.667	1,2707
275	1110	BIREUEN	2.028,55	1014	50.425	2,0109
276	1605	MUSI RAWAS	2.053,83	913	99.327	0,9192
277	2172	TANJUNG PINANG	2.063,49	274	33.792	0,8108
278	6309	TABALONG	2.064,72	509	39.843	1,2775
279	7315	PINRANG	2.075,24	490	55.794	0,8782
280	7309	PANGKAJENE KEPULAUAN	2.088,10	468	49.388	0,9476
281	5201	LOMBOK BARAT	2.088,16	1182	151.488	0,7803
282	3325	BATANG	2.092,97	1532	135.520	1,1305
283	1407	ROKAN HULU	2.108,27	539	69.651	0,7739
284	5102	TABANAN	2.111,46	1262	83.957	1,5032
285	6473	TARAKAN	2.115,40	198	31.637	0,6258
286	3323	TEMANGGUNG	2.143,22	1878	142.695	1,3161
287	3303	PURBALINGGA	2.143,75	1578	165.234	0,9550
288	6201	KOTAWARINGIN BARAT	2.146,29	375	44.964	0,8340
289	9471	JAYAPURA	2.186,55	313	42.638	0,7341
290	1305	TANAH DATAR	2.201,71	895	55.397	1,6156
291	7271	PALU	2.207,00	511	53.184	0,9608
292	1312	PASAMAN BARAT	2.250,81	631	55.760	1,1316
293	3527	SAMPANG	2.279,63	994	167.312	0,5941
294	1111	ACEH UTARA	2.284,89	1225	77.139	1,5880
295	1903	BANGKA BARAT	2.300,51	226	28.444	0,7945
296	3519	KAB. MADIUN	2.324,04	1401	116.641	1,2011
297	6105	SANGGAU	2.356,60	747	74.010	1,0093
298	1308	LIMA PULUH KOTO	2.398,60	902	57.269	1,5750
299	7208	PARIGI MOUTONG	2.417,05	631	75.210	0,8390
300	6474	BONTANG	2.446,53	182	27.143	0,6705
301	6106	KETAPANG	2.450,29	640	77.787	0,8228
302	6202	KOTAWARINGIN TIMUR	2.471,37	550	61.855	0,8892
303	1306	PADANG PARIAMAN	2.489,68	1064	53.883	1,9746
304	6101	SAMBAS	2.491,40	831	84.315	0,9856
305	3304	BANJARNEGARA	2.495,79	1869	172.434	1,0839
306	7404	KOLAKA	2.510,71	390	48.661	0,8015
307	1401	KUANTAN SINGINGI	2.511,61	478	50.681	0,9432
308	6310	TANAH BUMBU	2.525,18	323	47.156	0,6850

## Lampiran 3 (lanjutan)

NO.	KODE	NAMA KABUPATEN/KOTA	PDRB (Millar Rp)	JUMLAH FASKES	JUMLAH PUS	RASIO FASKES/ PUS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
309	1404	PELALAWAN	2.535,06	342	55.048	0,6213
310	5203	LOMBOK TIMUR	2.536,14	1455	199.632	0,7288
311	3305	KEBUMEN	2.572,06	2365	213.435	1,1081
312	7205	DONGGALA	2.572,58	921	87.128	1,0571
313	3314	SRAGEN	2.582,49	2222	161.502	1,3758
314	7311	BONE	2.589,30	974	115.458	0,8436
315	3306	PURWOREJO	2.591,54	2126	128.692	1,6520
316	1307	AGAM	2.626,07	1227	60.874	2,0156
317	3521	NGAWI	2.639,72	1662	162.682	1,0216
318	3312	WONOGIRI	2.657,07	2678	180.227	1,4859
319	2102	KEPULAUAN RIAU	2.663,52	229	25.206	0,9085
320	1571	JAMBI	2.675,85	963	83.463	1,1538
321	3321	DEMAK	2.677,37	1798	201.434	0,8926
322	6402	KUTAI BARAT	2.684,53	462	31.762	1,4546
323	3520	MAGETAN	2.773,52	1332	115.064	1,1576
324	3315	GROBOGAN	2.799,70	2196	277.150	0,7924
325	6303	BANJAR	2.824,61	701	94.196	0,7442
326	1602	OKI	2.827,52	949	144.434	0,6570
327	3326	PEKALONGAN	2.834,69	1911	149.634	1,2771
328	5104	GIANYAR	2.841,73	934	81.791	1,1419
329	1203	TAPANULI SELATAN	2.854,61	1488	96.885	1,5358
330	1806	LAMPUNG UTARA	2.855,12	1007	105.280	0,9565
331	1211	KARO	2.862,53	808	59.196	1,3650
332	3502	PONOROGO	2.871,34	1809	167.656	1,0790
333	5108	BULELENG	2.908,76	1197	121.340	0,9865
334	3403	GUNUNG KIDUL	2.941,29	1693	131.212	1,2903
335	6405	BERAU	2.943,04	340	31.306	1,0861
336	3526	BANGKALAN	2.960,99	1467	176.771	0,8299
337	3327	PEMALANG	2.993,30	1631	249.396	0,6540
338	3512	SITUBONDO	3.013,29	1195	140.630	0,8497
339	1405	SIAK	3.071,88	564	65.458	0,8616
340	1802	TANGGAMUS	3.111,60	1483	153.742	0,9646
341	3328	TEGAL	3.118,08	2034	249.095	0,8166
<b>KATEGORI: PDRB = KUARTIL 3 + ( 3.251,45 + )</b>						
342	1607	BANYU ASIN	3.251,45	1183	162.181	0,7294
343	1402	INDRAGIRI HULU	3.273,26	594	57.306	1,0365
344	3278	TASIKMALAYA	3.283,26	1157	112.825	1,0255
345	1804	LAMPUNG TIMUR	3.288,31	1704	186.965	0,9114
346	1409	ROKAN HILIR	3.305,19	633	82.506	0,7672
347	3402	BANTUL	3.448,95	1648	-	-
348	3208	KUNINGAN	3.470,98	2110	206.973	1,0195
349	3602	LEBAK	3.559,03	1880	238.507	0,7882
350	3308	MAGELANG	3.582,65	2849	212.512	1,3406
351	3601	PANDEGLANG	3.679,73	1746	201.132	0,8681
352	3320	JEPARA	3.722,68	1702	210.046	0,8103
353	3309	BOYOLALI	3.747,77	2344	171.648	1,3656
354	1406	KAMPAR	3.772,60	945	104.443	0,9048
355	3210	MAJALENKA	3.785,69	2094	223.384	0,9374
356	1218	SERDANG BEDAGAI	3.814,43	990	101.114	0,9791
357	1408	BENGKALIS	3.901,19	891	128.386	0,6940
358	1606	MUSI BANYU ASIN	3.920,55	857	86.125	0,9951
359	3302	BANYUMAS	3.958,65	3505	278.785	1,2572
360	3318	PATI	3.966,06	2392	240.350	0,9952
361	3271	BOGOR	4.012,74	1630	162.504	1,0031
362	6371	BANJARMASIN	4.014,29	754	114.032	0,6612
363	1808	TULANG BAWANG	4.081,17	869	157.510	0,5517
364	3518	NGANJUK	4.152,60	2216	191.985	1,1543
365	6302	KOTABARU	4.177,71	445	57.865	0,7690
366	6401	PASIR	4.188,79	498	36.130	1,3784
367	5207	SUMBAWA BARAT	4.208,15	126	18.332	0,6873
368	3372	SURAKARTA	4.304,29	1171	87.819	1,3334
369	3311	SUKOHARJO	4.330,99	1804	149.968	1,2029
370	3524	LAMONGAN	4.335,88	3130	256.831	1,2187

## Lampiran 3 (lanjutan)

NO.	KODE	NAMA KABUPATEN/KOTA	PDRB (Miliar Rp)	JUMLAH FASKES	JUMLAH PUS	RASIO FASKES/ PUS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
371	3529	SUMENEP	4.382,68	1794	242.487	0,7398
372	3310	KLATEN	4.394,69	3360	201.190	1,6701
373	7171	MANADO	4.410,98	694	80.095	0,8665
374	1603	MUARA ENIM	4.497,30	951	122.213	0,7781
375	7325	LUWU TIMUR	4.540,57	335	38.350	0,8735
376	3324	KENDAL	4.623,58	1942	168.454	1,1528
377	3313	KARANGANYAR	4.654,05	2000	158.743	1,2599
378	1208	ASAHAN	4.671,01	1178	104.942	1,1225
379	3206	TASIKMALAYA	4.706,64	2775	322.494	0,8605
380	5171	DENPASAR	4.708,52	1196	119.080	1,0044
381	1803	LAMPUNG SELATAN	4.710,97	1808	252.092	0,7172
382	3329	BREBES	4.769,15	2398	324.548	0,7389
383	3471	YOGYAKARTA	4.776,40	1184	68.907	1,7183
384	1209	SIMALUNGUN	4.823,35	1849	142.086	1,3013
385	3505	KAB. BLITAR	4.836,19	2193	200.356	1,0946
386	5103	BADUNG	4.860,13	938	83.204	1,1273
387	3322	SEMARANG	4.871,44	2120	172.260	1,2307
388	3211	SUMEDANG	4.911,88	2171	199.268	1,0895
389	3522	BOJONEGORO	4.984,87	2223	279.385	0,7957
390	3516	KAB. MOJOKERTO	5.111,15	2663	195.792	1,3601
391	6104	PONTIANAK	5.251,88	897	125.395	0,7153
392	1805	LAMPUNG TENGAH	5.255,61	1871	224.109	0,8349
393	3508	LUMAJANG	5.321,48	1826	231.699	0,7881
394	3517	JOMBANG	5.353,30	2717	246.478	1,1023
395	1403	INDRAGIRI HILIR	5.416,14	882	127.960	0,6893
396	3276	DEPOK	5.418,25	1721	277.272	0,6207
397	1871	BANDAR LAMPUNG	5.432,25	1097	142.576	0,7694
398	3523	TUBAN	5.488,31	1956	216.651	0,9028
399	3274	CIREBON	5.512,56	570	55.080	1,0349
400	3404	SLEMAN	5.553,59	2292	164.371	1,3944
401	3277	CIMAHI	5.638,56	659	115.050	0,5728
402	1213	LANGKAT	5.676,99	1697	178.079	0,9529
403	3514	KAB. PASURUAN	5.737,51	2720	298.692	0,9106
404	3513	KAB. PROBOLINGGO	5.742,27	2002	241.991	0,8273
405	3506	KAB. KEDIRI	5.746,95	2900	290.950	0,9967
406	6171	PONTIANAK	5.786,03	587	85.920	0,6832
407	3213	SUBANG	5.825,30	2481	295.125	0,8407
408	3214	PURWAKARTA	6.196,75	1314	157.720	0,8331
409	3207	CIAMIS	6.422,12	2885	282.936	1,0197
410	3212	INDRAMAYU	6.477,71	2608	342.848	0,7607
411	1219	BATU BARA	6.486,75	822	64.185	1,2807
412	3504	TULUNGAGUNG	6.580,19	2221	200.672	1,1068
413	3217	BANDUNG BARAT	6.756,86	2549	250.874	1,0160
414	1471	PEKAN BARU	6.995,85	1302	137.176	0,9491
415	3209	CIREBON	7.028,26	3524	367.366	0,9593
416	3203	CIANJUR	7.345,97	3185	406.355	0,7838
417	3202	SUKABUMI	7.582,00	3335	441.090	0,7561
418	1207	LABUHAN BATU	7.879,42	1655	174.016	0,9511
419	6403	KUTAI KARTANEGARA	8.207,90	998	102.784	0,9710
420	6471	BALIKPAPAN	8.660,17	1679	93.927	1,7876
421	3604	SERANG	8.783,68	2321	326.910	0,7100
422	3509	JEMBER	9.226,77	3815	482.312	0,7910
423	3510	BANYUWANGI	9.347,62	2862	330.564	0,8658
424	3205	GARUT	9.563,13	4261	401.271	1,0619
425	6472	SAMARINDA	10.067,44	773	113.774	0,6794
426	1371	KOTA PADANG	10.165,76	1628	134.571	1,2098
427	3672	CILEGON	10.518,94	578	66.883	0,8642
428	9412	MIMIKA	10.634,25	144	30.943	0,4654
429	3301	CILACAP	11.140,85	2898	316.372	0,9160
430	3319	KUDUS	11.263,88	1139	143.475	0,7939
431	3573	KOTA MALANG	11.412,77	1270	128.035	0,9919
432	1212	DELI SERDANG	12.222,90	2743	286.735	0,9566
433	7371	UJUNG PANDANG	12.261,54	1637	198.296	0,8255
434	3507	KAB. MALANG	12.325,66	4099	489.022	0,8382

## Lampiran 3 (lanjutan)

NO.	KODE	NAMA KABUPATEN/KOTA	PDRB (Miliar Rp)	JUMLAH FASKES	JUMLAH PUS	RASIO FASKES/ PUS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
435	1671	PALEMBANG	13.116,18	1414	227.147	0,6225
436	3275	BEKASI	13.255,15	2695	412.114	0,6539
437	3525	GRESIK	13.573,39	2512	235.759	1,0655
438	6404	KUTAI TIMUR	14.664,75	362	37.912	0,9548
439	3215	KARAWANG	15.924,32	2846	402.854	0,7065
440	3374	SEMARANG	18.142,64	2670	259.436	1,0292
441	3204	BANDUNG	18.475,02	5277	535.922	0,9847
442	3603	TANGERANG	18.789,46	4865	686.748	0,7084
443	3571	KOTA KEDIRI	20.660,13	681	46.970	1,4499
444	3515	SIDOARJO	22.227,54	3716	375.765	0,9889
445	2171	B A T A M	23.203,99	605	142.082	0,4258
446	3671	TANGERANG	24.505,12	1936	303.966	0,6369
447	3273	BANDUNG	24.941,52	3946	422.280	0,9345
448	3201	BOGOR	28.150,62	5981	716.298	0,8350
449	1275	KOTA MEDAN	29.352,92	3423	329.889	1,0376
450	3216	BEKASI	45.905,99	2982	433.656	0,6876
451	3174	JAKARTA BARAT	49.762,62	2161	404.000	0,5349
452	3172	JAKARTA TIMUR	56.886,29	2920	426.255	0,6850
453	3175	JAKARTA UTARA	62.882,75	1410	269.040	0,5241
454	3578	SURABAYA	67.695,82	4599	501.796	0,9165
455	3171	JAKARTA SELATAN	74.377,05	2538	384.120	0,6607
456	3173	JAKARTA PUSAT	85.780,64	1409	144.632	0,9742



## Lampiran 4: Output Model Multinomial Logistik

## Nominal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
Pemakaian Kontrasepsi	Metode Tradisional	1328	7.7%
	MKJP	2244	13.0%
	nonMKJP	13640	79.3%
Tingkat Pendidikan	Rendah	8725	50.7%
	Menengah ke atas	8485	49.3%
Aktivitas Kerja	Tidak Bekerja	7541	43.8%
	Bekerja	9668	56.2%
Daerah Tempat Tinggal	Perkotaan	8887	40.0%
	Perdesaan	10323	60.0%
Umur	15-24	2663	15.5%
	25-34	7490	43.5%
	35-49	7057	41.0%
Tingkat Kekayaan	Tinggi	6481	37.7%
	Sedang	3201	18.6%
	Rendah	7528	43.7%
PDRB Kabupaten/Kota	< Kuartil 1	3485	20.1%
	Kuartil 1 - Median	3877	22.5%
	Median - Kuartil 3	4354	25.3%
	Kuartil 3 +	5514	32.0%
Valid		17210	100.0%
Missing		0	
Total		17210	
Subpopulation		7923 <sup>a</sup>	

a. The dependent variable has only one value observed in 8493 (82,0%) subpopulations.

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	16182.502			
Final	14976.432	1206.070	22	.000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	.068
Nagelkerke	.093
McFadden	.054

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	14976.432 <sup>a</sup>	.000	0	.
RASIOFK	15072.696	96.264	2	.000
EDUC	15028.858	53.426	2	.000
WORK	15050.306	73.873	2	.000
PLACE	15003.646	27.213	2	.000
WEALTH	15028.985	52.532	4	.000
AGE1	15550.769	574.337	4	.000
GRDP	15040.709	64.277	6	.000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

## Lampiran 4 (lanjutan)

**Parameter Estimates**

Pemakaian Kontrasepsi <sup>a</sup>	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)		
							Lower Bound	Upper Bound	
Metode Tradisional	Intercept	-2.611	.128	415.989	1	.000			
	RASIOFK	.647	.073	78.056	1	.000	1.910	1.654	2.205
	[EDUC=1]	0 <sup>b</sup>	.067	43.311	1	.000	.645	.566	.735
	[EDUC=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[WORK=1]	-.280	.082	20.415	1	.000	.756	.670	.854
	[WORK=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[PLACE=1]	.356	.071	25.012	1	.000	1.428	1.242	1.641
	[PLACE=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[WEALTH=1]	.137	.083	2.746	1	.097	1.147	.975	1.349
	[WEALTH=2]	-.084	.089	.900	1	.343	.919	.773	1.094
	[WEALTH=3]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[AGE1=1]	-1.362	.117	135.222	1	.000	.256	.204	.322
	[AGE1=2]	-.739	.083	136.703	1	.000	.478	.422	.541
	[AGE1=3]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[GRDP=1]	.538	.089	36.653	1	.000	1.713	1.439	2.039
	[GRDP=2]	.095	.089	1.147	1	.284	1.100	.924	1.310
[GRDP=3]	.174	.083	4.383	1	.036	1.180	1.011	1.400	
[GRDP=4]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.	
MKJP	Intercept	-1.838	.108	302.630	1	.000			
	RASIOFK	.418	.065	41.389	1	.000	1.519	1.337	1.725
	[EDUC=1]	-.211	.053	15.966	1	.000	.810	.730	.898
	[EDUC=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[WORK=1]	-.388	.050	60.236	1	.000	.679	.615	.746
	[WORK=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[PLACE=1]	.125	.057	4.886	1	.027	1.134	1.014	1.267
	[PLACE=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[WEALTH=1]	.424	.068	41.811	1	.000	1.529	1.344	1.738
	[WEALTH=2]	.043	.071	.369	1	.544	1.044	.909	1.200
	[WEALTH=3]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[AGE1=1]	-1.375	.093	217.007	1	.000	.253	.211	.304
	[AGE1=2]	-.800	.051	249.712	1	.000	.449	.407	.496
	[AGE1=3]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[GRDP=1]	.307	.072	18.067	1	.000	1.359	1.180	1.566
	[GRDP=2]	-.047	.071	.437	1	.508	.954	.831	1.096
[GRDP=3]	.178	.064	7.799	1	.005	1.194	1.054	1.353	
[GRDP=4]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.	

a. The reference category is: nonMKJP.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Lampiran 5: Output Kaplan-Meier (*Survival Function & Hazard Function*)

## Kaplan-Meier

Case Processing Summary

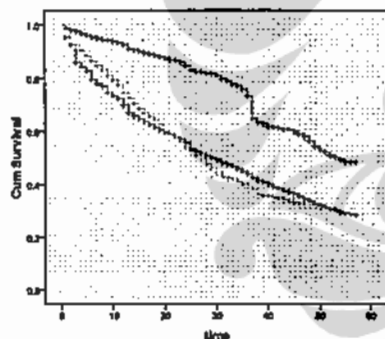
Pemakaian Kontrasepsi	Total N	N of Events	Censored	
			N	Percent
MKET	1438	328	1108	77.2%
non MKET	18979	7577	9402	55.4%
Metode Tradisional	1397	624	773	55.3%
Overall	19812	8529	11283	57.0%

Means and Medians for Survival Time

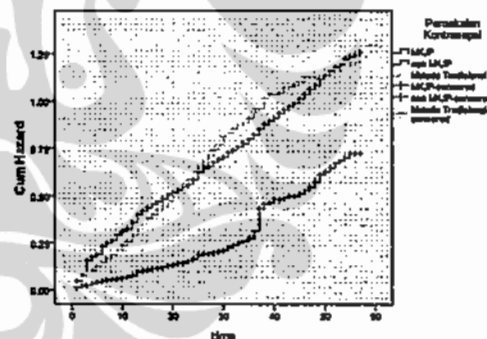
Pemakaian Kontrasepsi	Mean <sup>a</sup>				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
MKET	43.974	.574	42.849	45.100	54.000	.460	28.059	29.941
non MKET	30.863	.200	30.472	31.254	29.000	.989	25.061	28.939
Metode Tradisional	30.862	.673	29.542	32.181	27.000	.455	31.107	32.893
Overall	31.834	.184	31.473	32.195	32.000	.455	31.107	32.893

a. Estimation is limited to the largest survival time if it is censored.

Survival Functions



Hazard Function



## Kaplan-Meier

Case Processing Summary

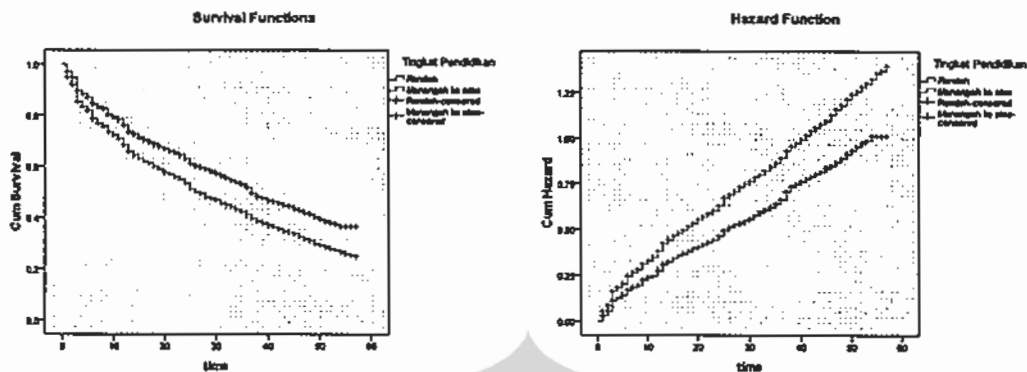
Tingkat Pendidikan	Total N	N of Events	Censored	
			N	Percent
Rendah	8652	3350	5302	61.3%
Menengah ke atas	11160	5179	5981	53.6%
Overall	19812	8529	11283	57.0%

Means and Medians for Survival Time

Tingkat Pendidikan	Mean <sup>a</sup>				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
Rendah	34.626	.276	34.088	35.167	37.000	.755	35.519	38.481
Menengah ke atas	29.615	.245	29.135	30.094	27.000	.531	25.959	28.041
Overall	31.834	.184	31.473	32.195	32.000	.455	31.107	32.893

a. Estimation is limited to the largest survival time if it is censored.

Lampiran 5 (lanjutan)



Kaplan-Meier

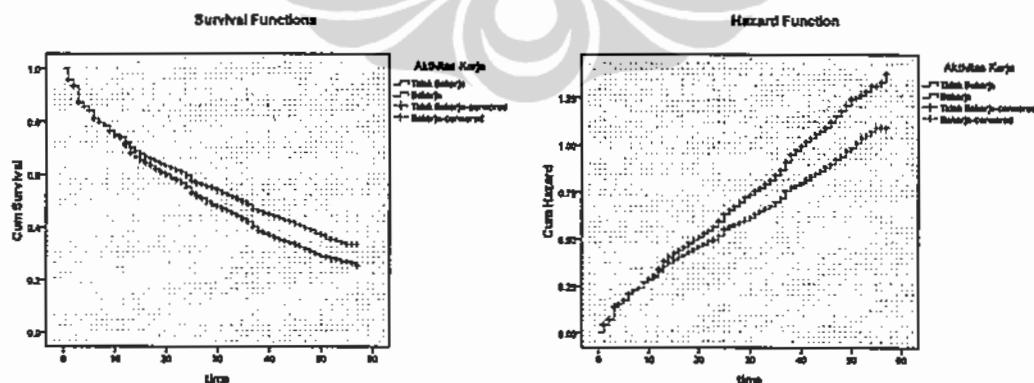
Case Processing Summary

Aktivitas Kerja	Total N	N of Events	Censored	
			N	Percent
Tidak Bekerja	9548	4160	5386	56.4%
Bekerja	10288	4369	5897	57.4%
Overall	19812	8529	11283	57.0%

Means and Medians for Survival Time

Aktivitas Kerja	Mean <sup>a</sup>				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
Tidak Bekerja	30.384	.268	29.859	30.809	28.000	.685	28.853	29.147
Bekerja	33.011	.253	32.516	33.507	35.000	.697	33.633	36.367
Overall	31.834	.184	31.473	32.195	32.000	.455	31.107	32.893

a. Estimation is limited to the largest survival time if it is censored.



Kaplan-Meier

Case Processing Summary

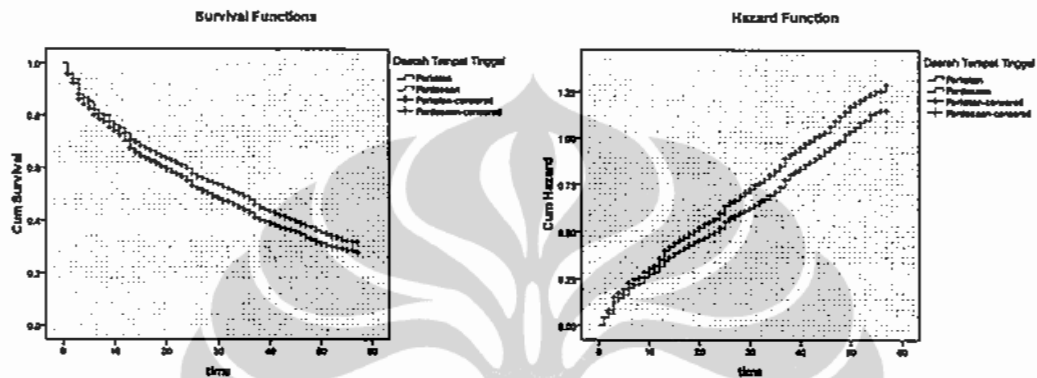
Daerah Tempat Tinggal	Total N	N of Events	Censored	
			N	Percent
Perkotaan	8291	3788	4505	54.3%
Perdesaan	11521	4743	6778	58.8%
Overall	19812	8529	11283	57.0%

Lampiran 5 (lanjutan)

Means and Medians for Survival Time

Daerah Tempat Tinggal	Mean <sup>a</sup>				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
Perkotaan	30.588	.282	30.038	31.141	29.000	.659	27.708	30.292
Perdesaan	32.747	.243	32.271	33.223	34.000	.593	32.838	35.162
Overall	31.834	.184	31.473	32.195	32.000	.455	31.107	32.893

a. Estimation is limited to the largest survival time if it is censored.



Kaplan-Meier

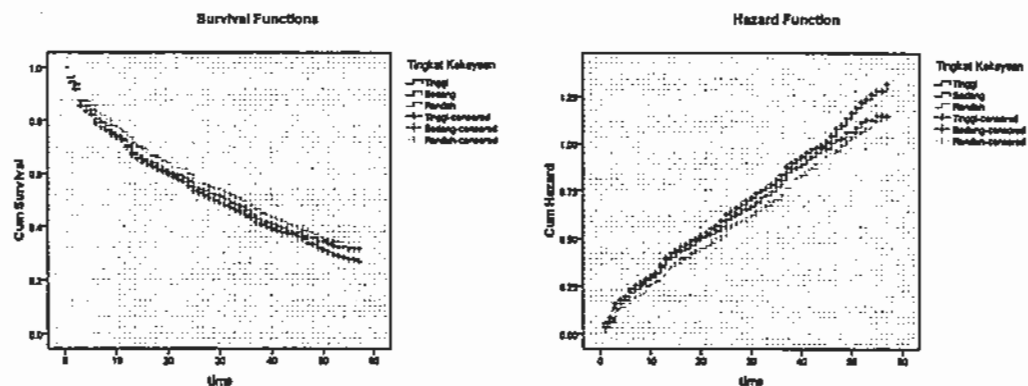
Case Processing Summary

Tingkat Kekayaan	Total N	N of Events	Censored	
			N	Percent
Tinggi	7488	3407	4081	54.5%
Sedang	3885	1588	2099	57.0%
Rendah	8839	3536	5103	59.1%
Overall	19812	8529	11283	57.0%

Means and Medians for Survival Time

Tingkat Kekayaan	Mean <sup>a</sup>				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
Tinggi	30.861	.297	30.079	31.243	29.000	.701	27.626	30.374
Sedang	31.614	.431	30.768	32.459	32.000	1.004	30.032	33.968
Rendah	32.954	.279	32.407	33.501	35.000	.688	33.852	36.348
Overall	31.834	.184	31.473	32.195	32.000	.455	31.107	32.893

a. Estimation is limited to the largest survival time if it is censored.



Lampiran 5 (lanjutan)

**Kaplan-Meier**

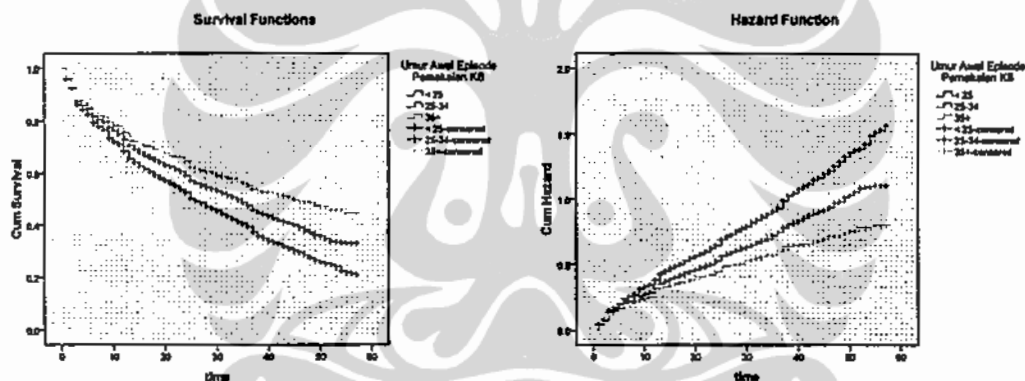
Case Processing Summary

Umur Awal Episode Pemakaian KB	Total N	N of Events	Censored	
			N	Percent
< 25	6889	3403	3488	50.6%
25-34	9651	4021	5630	58.3%
35+	3272	1105	2167	66.2%
Overall	19812	8529	11283	57.0%

Means and Medians for Survival Time

Umur Awal Episode Pemakaian KB	Mean <sup>a</sup>				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
< 25	28.639	.298	28.254	29.423	26.000	.588	24.852	27.148
25-34	32.717	.264	32.200	33.234	34.000	.868	32.694	35.306
35+	36.224	.478	35.291	37.157	45.000	2.501	40.098	49.802
Overall	31.834	.184	31.473	32.195	32.000	.455	31.107	32.893

a. Estimation is limited to the largest survival time if it is censored.



**Kaplan-Meier**

Case Processing Summary

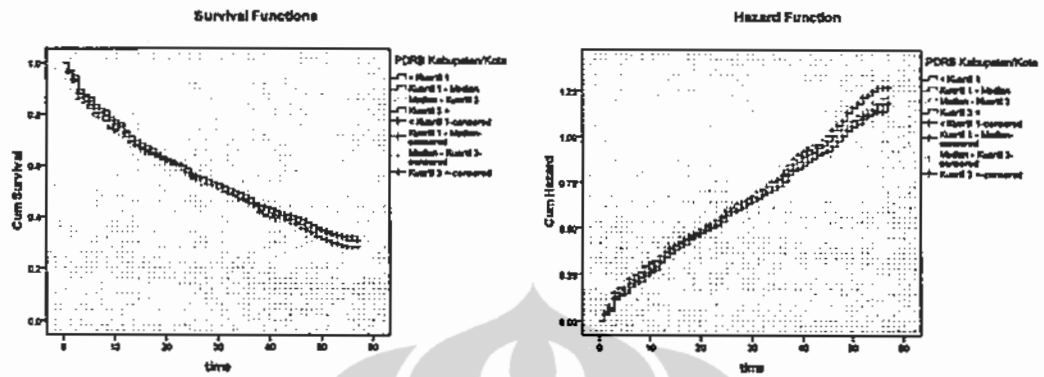
PDRB Kabupaten/Kota	Total N	N of Events	Censored	
			N	Percent
< Kuartil 1	4103	1780	2343	57.1%
Kuartil 1 - Median	4683	1991	2592	58.6%
Median - Kuartil 3	4949	2173	2776	58.1%
Kuartil 3 +	6177	2805	3572	57.8%
Overall	19812	8529	11283	57.0%

Means and Medians for Survival Time

PDRB Kabupaten/Kota	Mean <sup>a</sup>				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
< Kuartil 1	31.797	.399	31.015	32.579	31.000	.836	29.162	32.838
Kuartil 1 - Median	31.603	.385	30.849	32.358	31.000	.888	29.260	32.740
Median - Kuartil 3	31.343	.371	30.616	32.069	31.000	.859	29.316	32.684
Kuartil 3 +	32.414	.330	31.768	33.060	33.000	.811	31.411	34.589
Overall	31.834	.184	31.473	32.195	32.000	.455	31.107	32.893

a. Estimation is limited to the largest survival time if it is censored.

## Lampiran 5 (lanjutan)



Lampiran 6: Output Model *Cox Regression* (Dengan Diskontinu Ingin Hamil)

## Cox Regression

Case Processing Summary		N	Percent
Cases available in analysis	Event <sup>a</sup>	8529	43.0%
	Censored	11283	57.0%
	Total	19812	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		19812	100.0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings<sup>b,c,d,e,f,g,h</sup>

	Frequency	(1)	(2)	(3)	
kb <sup>a</sup>	1=MKET	1436	0	0	
	2=non MKET	16979	1	0	
	3=Metode Tradisional	1397	0	1	
educ <sup>a</sup>	1=Rendah	8652	1		
	2=Menengah ke atas	11160	0		
work <sup>a</sup>	1=Tidak Bekerja	9546	1		
	2=Bekerja	10266	0		
place <sup>a</sup>	1=Perkotaan	8291	1		
	2=Perdesaan	11521	0		
wealth <sup>a</sup>	1=Tinggi	7488	1	0	
	2=Sedang	3685	0	1	
	3=Rendah	8639	0	0	
age <sup>a</sup>	1=< 25	6889	1	0	
	2=25-34	9651	0	1	
	3=35+	3272	0	0	
grdp <sup>a</sup>	1=< Kuartil 1	4103	1	0	0
	2=Kuartil 1 - Median	4583	0	1	0
	3=Median - Kuartil 3	4949	0	0	1
	4=Kuartil 3 +	6177	0	0	0

a. Indicator Parameter Coding

b. Category variable: kb (Pemakaian Kontrasepsi)

c. Category variable: educ (Tingkat Pendidikan)

d. Category variable: work (Aktivitas Kerja)

e. Category variable: place (Daerah Tempat Tinggal)

f. Category variable: wealth (Tingkat Kekayaan)

g. Category variable: age (Umur Awal Episode Pemakaian KB)

h. Category variable: grdp (PDRB Kabupaten/Kota)



## Lampiran 6 (lanjutan)

## Block 0: Beginning Block

## Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
157429.991

## Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients<sup>a,b</sup>

-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.
156657.357	693.250	13	.000	772.634	13	.000	772.634	13	.000

a. Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 157429,991

b. Beginning Block Number 1. Method = Enter

## Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)
kb			278.783	2	.000	
kb(1)	.945	.057	278.114	1	.000	2.573
kb(2)	.932	.068	185.938	1	.000	2.539
educ	-.263	.025	115.106	1	.000	.769
work	.069	.022	9.860	1	.002	1.072
place	.080	.026	9.295	1	.002	1.084
wealth			6.613	2	.037	
wealth(1)	.079	.031	6.613	1	.010	1.082
wealth(2)	.039	.032	1.528	1	.216	1.040
age			124.063	2	.000	
age(1)	.350	.036	97.019	1	.000	1.419
age(2)	.146	.034	18.148	1	.000	1.157
grdp			17.410	3	.001	
grdp(1)	.113	.034	10.947	1	.001	1.120
grdp(2)	.098	.032	9.449	1	.002	1.103
grdp(3)	.110	.030	13.514	1	.000	1.117
raslofk	.085	.030	7.777	1	.005	1.088

## Covariate Means

	Mean
kb(1)	.857
kb(2)	.071
educ	.437
work	.482
place	.418
wealth(1)	.378
wealth(2)	.186
age(1)	.348
age(2)	.487
grdp(1)	.207
grdp(2)	.231
grdp(3)	.250
raslofk	1.027

Lampiran 7: Output Model *Cox Regression* (Tanpa Diskontinu Ingin Hamil)

## Cox Regression

## Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event <sup>a</sup>	6332	35.9%
	Censored	11282	64.1%
	Total	17614	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	17614	100.0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings<sup>b,c,d,e,f,g,h</sup>

		Frequency	(1)	(2)	(3)
kb <sup>a</sup>	1=MKJP	1355	0	0	
	2=non MKJP	15098	1	0	
	3=Metode Tradisional	1161	0	1	
educ <sup>a</sup>	1=Rendah	7739	1		
	2=Menengah ke atas	9875	0		
work <sup>a</sup>	1=Tidak Bekerja	8338	1		
	2=Bekerja	9276	0		
place <sup>a</sup>	1=Perkotaan	7320	1		
	2=Perdesaan	10294	0		
wealth <sup>a</sup>	1=Tinggi	6645	1	0	
	2=Sedang	3309	0	1	
	3=Rendah	7660	0	0	
age <sup>a</sup>	1=< 25	5799	1	0	
	2=25-34	8675	0	1	
	3=35+	3140	0	0	
grdp <sup>a</sup>	1=< Kuartil 1	3591	1	0	0
	2=Kuartil 1 - Median	4093	0	1	0
	3=Median - Kuartil 3	4394	0	0	1
	4=Kuartil 3 +	5536	0	0	0

a. Indicator Parameter Coding

b. Category variable: kb (Pemakaian Kontrasepsi)

c. Category variable: educ (Tingkat Pendidikan)

d. Category variable: work (Aktivitas Kerja)

e. Category variable: place (Daerah Tempat Tinggal)

f. Category variable: wealth (Tingkat Kekayaan)

g. Category variable: age (Umur Awal Episode Pemakaian KB)

h. Category variable: grdp (PDRB Kabupaten/Kota)

## Lampiran 7 (lanjutan)

## Block 0: Beginning Block

## Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
116333.098

## Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients<sup>a,b</sup>

-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.
115748.426	522.712	13	.000	584.673	13	.000	584.673	13	.000

a. Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 116333,098

b. Beginning Block Number 1. Method = Enter

## Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)
kb			234.974	2	.000	
kb(1)	.989	.065	229.448	1	.000	2.689
kb(2)	.814	.082	99.598	1	.000	2.257
educ	-.305	.029	114.267	1	.000	.737
work	.017	.026	.417	1	.518	1.017
place	.073	.031	5.755	1	.016	1.076
wealth			9.182	2	.010	
wealth(1)	.107	.036	9.041	1	.003	1.113
wealth(2)	.064	.036	3.120	1	.077	1.067
age			41.207	2	.000	
age(1)	.217	.039	30.414	1	.000	1.242
age(2)	.067	.037	3.244	1	.072	1.069
grdp			13.309	3	.004	
grdp(1)	.092	.040	5.290	1	.021	1.096
grdp(2)	.112	.037	9.362	1	.002	1.119
grdp(3)	.111	.035	10.300	1	.001	1.118
rasiofk	.104	.035	8.795	1	.003	1.110

## Covariate Means

	Mean
kb(1)	.857
kb(2)	.066
educ	.439
work	.473
place	.416
wealth(1)	.377
wealth(2)	.188
age(1)	.329
age(2)	.493
grdp(1)	.204
grdp(2)	.232
grdp(3)	.249
rasiofk	1.027



SDKI07-WPK

## SURVEI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN INDONESIA 2007 DAFTAR PERTANYAAN WANITA

Rahasia

I. PENGELOMPOKAN TEMPAT	KODE												
1. PROVINSI _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
2. KABUPATEN/KOTA *) _____													
3. KECAMATAN _____													
4. DESA/KELURAHAN *) _____													
5. DAERAH **)                      PERKOTAAN    -1                      PERDESAAN    -2	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
6. NOMOR BLOK SENSUS _____													
7. NOMOR KODE SAMPEL SDKI 2007 .....	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
8. NOMOR URUT RUMAH TANGGA .....													
9. NAMA KEPALA RUMAH TANGGA _____	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
10. NAMA RESPONDEN _____													
11. NOMOR URUT RESPONDEN .....	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												

II. KUNJUNGAN BERGAS								
	1	2	3	KUNJUNGAN AKHIR				
TANGGAL WAWANCARA	_____	_____	_____	TANGGAL BULAN TAHUN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>7</td></tr></table> PEWA- WANCARA	2	0	0	7
2	0	0	7					
NAMA PEWAWANCARA	_____	_____	_____	HASIL KUNJUNGAN				
HASIL KUNJUNGAN ***)	_____	_____	_____					
KUNJ. BERIKUT TGL	_____	_____		JUMLAH KUNJUNGAN				
JAM	_____	_____		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> </table>				

\*\*\*) PILIH SALAH SATU DAN ISIKAN KODE HASIL KUNJUNGAN

- |                           |                                       |                 |
|---------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| 1 SELESAI                 | 4 DITOLAK                             | 7 LAINNYA _____ |
| 2 RESP. TIDAK ADA DIRUMAH | 5 SELESAI SEBAGIAN                    | (TULISKAN)      |
| 3 DITANGGUHKAN            | 6 RESPONDEN TDK/KURANG MAMPU MENJAWAB |                 |

BAHASA DALAM WAWANCARA: \_\_\_\_\_

BAHASA SEHARI-HARI RESPONDEN: \_\_\_\_\_

JIKA BEDA BAHASA, APAKAH MENGGUNAKAN PENERJEMAH:    YA ..... 1    TIDAK ..... 2

	EDITOR LAPANGAN	PENGAWAS	EDITOR BPS	PONSER								
NAMA	_____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			_____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			_____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			_____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
TANGGAL	_____	_____	_____	_____								

\*) Coret yang tidak sesuai

\*\*\*) Lingkari salah satu

**BAGIAN PENDAHULUAN RESPONDEN**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Selamat pagi (siang, sore, ...). Nama saya ..... dan saya adalah salah seorang petugas dari Badan Pusat Statistik yang sedang melaksanakan survei mengenai kesehatan wanita, pria dan anak. Kami akan sangat menghargai kesertaan Ibu dalam survei ini. Saya ingin bertanya mengenai kesehatan Ibu dan anak/putra Ibu. Keterangan ini akan membantu pemerintah dalam merencanakan pelayanan kesehatan. Wawancara akan berlangsung sekitar 30 sampai 40 menit. Keterangan apapun yang Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan diberitahukan kepada pihak lain.

Kesertaan dalam survei ini bersifat sukarela dan Ibu dapat memilih untuk tidak menjawab beberapa atau semua pertanyaan. Namun, kami berharap Ibu akan tidak menolak untuk diwawancarai karena pandangan dan jawaban Ibu dalam survei ini sangat penting.

Sekarang, apakah ada yang ingin Ibu tanyakan mengenai survei ini?

Apakah saya boleh mulai mewawancarai Ibu sekarang?

Tanda Tangan Pewawancara: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_

RESPONDEN SETUJU DIWAWANCARAI ..... 1      RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARAI ... 2 ➔ SELESAI

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
101	CATAT WAKTU	JAM ..... MENIT .....	
105	Pada bulan apa dan tahun berapa Ibu dilahirkan?	BULAN ..... TIDAK TAHU BULAN ..... 98 TAHUN ..... TIDAK TAHU TAHUN ..... 9998	
106	Berapa umur Ibu pada ulang tahun terakhir?  BANDINGKAN DAN PERBAIKI 105 DAN ATAU 106 JIKA TIDAK SESUAI. JIKA UMUR KURANG DARI 15 TAHUN ATAU LEBIH DARI 49 TAHUN WAWANCARA SELESAI. PERBAIKI DAFTAR SDKI07-RT BLOK III KOLOM (7).	UMUR DALAM TAHUN (BILANGAN BULAT) .....	
106A	Apakah Ibu sekarang berstatus kawin, cerai hidup, atau cerai mati?	KAWIN ..... 1 CERAI HIDUP ..... 2 CERAI MATI ..... 3	
107	Apakah Ibu pernah sekolah?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	➔ 111
108	Apakah jenjang sekolah tertinggi yang pernah/sedang Ibu duduki: sekolah dasar, sekolah lanjutan tingkat pertama, sekolah lanjutan tingkat atas, akademi atau universitas?	SEKOLAH DASAR ..... 1 SEKOLAH LANJUTAN TKT PERTAMA ..... 2 SEKOLAH LANJUTAN TKT ATAS ... 3 AKADEMI/DI/DII/DIII ..... 4 DIV/UNIVERSITAS ..... 5	
109	Apakah kelas/tingkat tertinggi yang Ibu selesaikan pada jenjang tersebut? TAHUN PERTAMA = 0      TAMAT = 7 TIDAK TAHU/TT = 8	KELAS/TINGKAT .....	
110	LIHAT 108:  SD <input type="checkbox"/> SLTP KE ATAS <input type="checkbox"/>		➔ 114

**BAGIAN 3: PENGETAHUAN DAN PRAKTEK KELUARGA BERENCANA**

	Sekarang saya ingin berbicara mengenai keluarga berencana. Ada beberapa cara atau alat yang dapat digunakan oleh suatu pasangan untuk menunda atau mencegah terjadinya kehamilan. LINGKARI KODE 1 PADA 301 UNTUK SETIAP ALAT/CARA YANG DISEBUT SPONTAN, LALU TANYAKAN ALAT/CARA YANG TIDAK DISEBUT SPONTAN. BACAKAN NAMA DAN PENJELASAN MASING-MASING ALAT/CARA YANG TIDAK DISEBUT SPONTAN. LINGKARI KODE 1 ATAU 2 UNTUK ALAT/CARA YANG 'PERNAH DIDENGAR' LALU TANYAKAN 302 ATAU LINGKARI KODE 3 UNTUK YANG 'TIDAK PERNAH DIDENGAR'.		
301	Cara apakah yang Ibu pernah dengar? (Apakah Ibu pernah mendengar:)		302 Apakah Ibu pernah memakai (ALAT/CARA KB)?
01	STERILISASI WANITA/TUBEKTOMI/MOW Wanita dapat dioperasi agar tidak mempunyai anak lagi.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	Apakah Ibu pernah dioperasi agar tidak mempunyai anak lagi? YA ..... 1 TIDAK ..... 2
02	STERILISASI PRIA/VASEKTOMI/MOP Pria dapat dioperasi agar tidak mempunyai anak lagi.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	Apakah suami/mantan suami Ibu pernah dioperasi agar tidak mempunyai anak lagi? YA ..... 1 TIDAK ..... 2
03	PIL Wanita dapat minum pil setiap hari untuk mencegah kehamilan.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
04	IUD/AKDR/SPIRAL Wanita bisa dipasang spiral dalam rahimnya oleh dokter atau bidan.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
05	SUNTIKAN/INJEKSI Wanita bisa disuntik oleh dokter atau bidan untuk mencegah kehamilan selama satu bulan atau lebih.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
06	SUSUK KB/IMPLAN Wanita dapat diberi beberapa batang susuk di bawah kulit lengan atas untuk mencegah terjadinya kehamilan selama satu tahun atau lebih.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
07	KONDOM/KARET KB Pria dapat memakai sarung dari karet selama berhubungan seksual	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
08	INTRAVAG/DIAFRAGMA Wanita bisa meletakkan tusu atau diafragma dalam vagina sebelum berhubungan seksual	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
09	METODE MENYUSUI ALAMI/METODE AMENORRHEA LAKTASI (MAL) Sampai dengan 6 bulan setelah kelahiran anak, wanita bisa menggunakan cara ini, yang mengharuskan Ibu untuk menyusui bayinya terus menerus siang dan malam atau kapan saja tanpa diberi makanan tambahan, sehingga haidnya tertunda.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
10	PANTANG BERKALA/KALENDER Pasangan sengaja tidak berhubungan seksual pada hari-hari tertentu pada waktu wanita berkemungkinan besar untuk menjadi hamil.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
11	SANGGAMA TERPUTUS Pria dapat mengeluarkan air maninya di luar vagina ketika berhubungan seksual.	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
12	KONTRASEPSI DARURAT/EMERGENCY Wanita dapat mencegah kehamilan dengan minum pil khusus dalam 72 hari setelah berhubungan seks. Biasanya cara ini dipakai hanya dalam situasi terpaksa (darurat).	YA SPONTAN ..... 1 YA DITANYAKAN ..... 2 TIDAK ..... 3	YA ..... 1 TIDAK ..... 2
13	CARA-CARA LAIN Apakah Ibu pernah mendengar cara atau alat lain yang dapat dipakai oleh wanita atau pria untuk mencegah kehamilan atau kelahiran?	YA ..... 1 _____ (TULISKAN) _____ (TULISKAN) TIDAK ..... 2	YA ..... 1 _____ (TULISKAN) _____ (TULISKAN) TIDAK ..... 2

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
303	LIHAT 302: TIDAK ADA JAWABAN 'YA' (TIDAK PERNAH PAKAI) <input type="checkbox"/> PALING SEDIKIT SATU JAWABAN 'YA' (PERNAH PAKAI) <input type="checkbox"/>		→ 307
304	Apakah Ibu pernah memakai suatu alat/cara KB untuk menunda atau mencegah kehamilan?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	→ 306
305	ISIKAN '0' DI KOLOM 1 PADA KALENDER DI SETIAP BULAN YANG KOSONG		→ 329
306	Apakah alat/cara KB yang pernah Ibu pakai?  PERBAIKI 302 DAN 303 (DAN 301 JIKA PERLU).		
307	Sekarang saya ingin bertanya kepada Ibu tentang waktu ketika Ibu pertama kali menjadi peserta KB (atau ketika mulai memakai alat/cara KB) untuk menunda atau mencegah kehamilan.  Berapa jumlah anak yang masih hidup ketika itu, jika ada? JIKA TIDAK ADA, TULIS '00'.	JUMLAH ANAK ..... <input type="text"/>	
308	LIHAT 302 (01): RESPONDEN TIDAK DISTERIL <input type="checkbox"/> RESPONDEN DISTERIL <input type="checkbox"/>		→ 311A
309	LIHAT 226: SEKARANG TIDAK HAMIL ATAU TIDAK TAHU <input type="checkbox"/> SEKARANG HAMIL <input type="checkbox"/>		→ 318
310	Apakah Ibu sekarang memakai suatu alat/cara KB untuk menunda/mencegah kehamilan?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	→ 318
311	Alat/cara KB apa yang Ibu gunakan?  JIKA MENGGUNAKAN LEBIH DARI SATU METODE, UNTUK PERTANYAAN SELANJUTNYA IKUTI PETUNJUK UNTUK KODE TERTINGGI.  JIKA SUNTIKAN, TANYAKAN JENISNYA.  JIKA SUSUK KB, TANYAKAN JENISNYA.	STERILISASI WANITA ..... A STERILISASI PRIA ..... B PIL ..... C IUD/AKDR/SPIRAL ..... D SUNTIKAN 1 BULAN ..... E SUNTIKAN 3 BULAN ..... F SUSUK KB 3 TAHUN ..... G SUSUK KB 5 TAHUN ..... H KONDOM ..... I INTRAVAG/DIAFRAGMA ..... J METODE AMENORRHEA LAKTASI ... K PANTANG BERKALA/KALENDER ... L SANGGAMA TERPUTUS ..... M LAINNYA ..... X (TULISKAN)	→ 313 → 316A → 312H → 312K → 316A → 316B → 318
311A	LIHAT 308, JIKA BERTANDA CEK SEBELAH KANAN LINGKARI KODE 'A' UNTUK STERILISASI WANITA.		
312	Apakah Ibu mempunyai kemasan pil KB di rumah?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	→ 312B
312A	Tolong perlihatkan kemasan pil yang Ibu minum.  PERIKSA KEMASAN PIL, CARI MEREK PIL DARI DAFTAR DI BAWAH INI DAN LINGKARI KODE YANG SESUAI.  KOMBINASI: TUNGGAL: - GRACIAL 28 - EXCLUTON - GYNERA - LYNDIOL - MARVELON 28 - MERCILON 28 - MICROGYNON - MIKRODIOL - NORDETTE 28 - OVOSTAT 28 - LIVODIOL 28 - TRINORDIOL 21/TRINORDIOL 28	DAPAT MENUNJUKKAN  KOMBINASI ..... 1  TUNGGAL ..... 2  LAINNYA ..... 6  TIDAK DAPAT MENUNJUKKAN ..... 8	→ 312C

**BAGIAN 7. LATAR BELAKANG SUAMI DAN PEKERJAAN RESPONDEN**

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
701	LIHAT 108A: STATUS PERKAWINAN RESPONDEN KAWIN <input type="checkbox"/> CERAI HIDUP/ CERAI MATI <input type="checkbox"/>		→ 703
702	Berapa umur suami Ibu pada ulang tahun terakhir?	UMUR DALAM TAHUN (BILANGAN BULAT) <input type="text"/>	
703	Apakah suami/mantan suami Ibu (yang terakhir) pernah sekolah?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	→ 705A
704	Apakah jenjang sekolah tertinggi yang pernah/sedang diduduki oleh suami Ibu: sekolah dasar, sekolah lanjutan tingkat pertama, sekolah lanjutan tingkat atas, akademi, atau universitas?	SEKOLAH DASAR ..... 1 SEKOLAH LANJUTAN TKT PERTAMA .. 2 SEKOLAH LANJUTAN TKT ATAS ... 3 AKADEMI/DI/DII/DIII ..... 4 DIV/UNIVERSITAS ..... 5 TIDAK TAHU ..... 8	→ 705A
705	Apakah tingkat/kelas tertinggi yang diselesaikan oleh suami Ibu pada jenjang tersebut? PADA TAHUN PERTAMA = 0 TAMAT = 7	KELAS/TINGKAT <input type="text"/> TIDAK TAHU ..... 98	
705A	Apakah suami (terakhir) Ibu bekerja?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	→ 707
706	LIHAT 701: KAWIN <input type="checkbox"/> CERAI HIDUP/ CERAI MATI <input type="checkbox"/> Apa pekerjaan utama suami Ibu? Jenis pekerjaan utama apa yang dia lakukan?      Apa pekerjaan utama mantan suami Ibu? Jenis pekerjaan utama apa yang dia lakukan? (TULIS SELENGKAP MUNGKIN, JANGAN MELINGKARI KODE JAWABAN DAN JANGAN MENGISI KOTAK)	PROFESIONAL, TEKNISI ..... 01 KEPEMIMPINAN DAN KETATALAKSANAAN ..... 02 PEJABAT PELAKSANA DAN TATA USAHA ..... 03 TENAGA USAHA PENJUALAN ..... 04 TENAGA USAHA JASA ..... 05 TENAGA USAHA PERTANIAN ..... 06 TENAGA PRODUKSI ..... 07 LAINNYA ..... 98 (TULISKAN) TIDAK TAHU ..... 98	
707	Di samping mengurus rumah tangga, apakah Ibu bekerja?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	→ 709A
708	Seperti Ibu ketahui, orang bisa bekerja untuk mendapat bayaran uang atau barang, atau tanpa bayaran tapi membantu menambah penghasilan. Ada yang berjualan, mempunyai usaha kecil-kecilan, bekerja membantu di pertanian atau usaha keluarga. Apakah Ibu melakukan kegiatan seperti itu minimal 1 jam terus menerus dalam seminggu yang lalu?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	→ 709A
709	Dalam 12 bulan terakhir, apakah Ibu pernah bekerja?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	→ 719
709A	Apakah Ibu bekerja di bidang/sector pertanian atau bukan pertanian?	PERTANIAN ..... 1 BUKAN PERTANIAN ..... 2	



**KALENDER**

**INSTRUKSI:**  
 HANYA SATU KODE UNTUK SETIAP KOTAK (BULAN).  
 UNTUK KOLOM 1 DAN 4, SEMUA KOTAK (BULAN) HARUS DIISI.

**KETERANGAN KODE UNTUK MASING-MASING KOLOM:**

**KOL. 1: KELAHIRAN, KEHAMILAN, PENGGUNAAN ALAT/CARA KB**

- L LAHIR HIDUP
- H KEHAMILAN
- K GUGUR/LAHIR MATI
  
- 0 TIDAK MEMAKAI ALAT/CARA KB
- 1 STERILISASI WANITA
- 2 STERILISASI PRIA
- 3 PIL
- 4 IUD/AKDR/SPIRAL
- 5 SUNTIKAN
- 6 SUSUK KB
- 7 KONDOM
- 8 INTRAVAG/DIAFRAGMA
- M MTD MENYUSUI ALAMI/ AMENORRHEA LAKTASI
- P PANTANG BERKALA/KALENDER
- T SANGGAMA TERPUTUS
- D KONTRASEPSI DARURAT
- X LAINNYA \_\_\_\_\_  
(TULISKAN)

**KOL. 2: SUMBER ALAT/CARA KB**

- 1 RUMAH SAKIT PEMERINTAH
- 2 PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU
- 3 KLINIK PEMERINTAH
- 4 PLKB
- 5 TKBK/TMK
- 6 RUMAH SAKIT SWASTA
- 7 KLINIK SWASTA
- 8 DOKTER PRAKTEK
- 9 BIDAN PRAKTEK
- A BIDAN DI DESA
- B APOTEK/TOKO OBAT
- C POLINDES
- D POSYANDU
- E POS KB/PPKBD
- F TEMAN/KELUARGA
- G TOKO
- X LAINNYA \_\_\_\_\_  
(TULISKAN)

**KOL. 3: ALASAN BERHENTI (GANTI) MEMAKAI ALAT/CARA KB**

- 0 JARANG BERHUBUNGAN SEKS/SUAMI JAUH
- 1 HAMIL KETIKA MEMAKAI
- 2 INGIN HAMIL
- 3 SUAMI TIDAK SETUJU
- 4 INGIN CARA YANG LEBIH EFEKTIF
- 5 MASALAH KESEHATAN
- 6 EFEK SAMPINGAN
- 7 SUKAR DIPEROLEH/TEMPAT JAUH
- 8 BIAYA MAHAL
- 9 TIDAK NYAMAN
- F TIDAK PEDULI/MASA BODOH
- M MENOPAUSE/MATI HAID
- C CERAH/SUAMI MENINGGAL
- N LEPAS SENDIRI
- X LAINNYA \_\_\_\_\_  
(TULISKAN)
- Z TIDAK TAHU

**KOL. 4: STATUS PERKAWINAN**

- X KAWIN
- 0 TIDAK KAWIN

		1	2	3	4		
DES	01					01	DES
NOV	02					02	NOV
OKT	03					03	OKT
SEP	04					04	SEP
2	AGT					05	AGT 2
0	JUL					06	JUL 0
0	JUN					07	JUN 0
7	MEI					08	MEI 7
	APR					09	APR
	MAR					10	MAR
	PEB					11	PEB
	JAN					12	JAN
DES	13					13	DES
NOV	14					14	NOV
OKT	15					15	OKT
SEP	16					16	SEP
2	AGT					17	AGT 2
0	JUL					18	JUL 0
0	JUN					19	JUN 0
6	MEI					20	MEI 6
	APR					21	APR
	MAR					22	MAR
	PEB					23	PEB
	JAN					24	JAN
DES	25					25	DES
NOV	26					26	NOV
OKT	27					27	OKT
SEP	28					28	SEP
2	AGT					29	AGT 2
0	JUL					30	JUL 0
0	JUN					31	JUN 0
5	MEI					32	MEI 5
	APR					33	APR
	MAR					34	MAR
	PEB					35	PEB
	JAN					36	JAN
DES	37					37	DES
NOV	38					38	NOV
OKT	39					39	OKT
SEP	40					40	SEP
2	AGT					41	AGT 2
0	JUL					42	JUL 0
0	JUN					43	JUN 0
4	MEI					44	MEI 4
	APR					45	APR
	MAR					46	MAR
	PEB					47	PEB
	JAN					48	JAN
DES	49					49	DES
NOV	50					50	NOV
OKT	51					51	OKT
SEP	52					52	SEP
2	AGT					53	AGT 2
0	JUL					54	JUL 0
0	JUN					55	JUN 0
3	MEI					56	MEI 3
	APR					57	APR
	MAR					58	MAR
	PEB					59	PEB
	JAN					60	JAN
DES	61					61	DES
NOV	62					62	NOV
OKT	63					63	OKT
SEP	64					64	SEP
2	AGT					65	AGT 2
0	JUL					66	JUL 0
0	JUN					67	JUN 0
2	MEI					68	MEI 2
	APR					69	APR
	MAR					70	MAR
	PEB					71	PEB
	JAN					72	JAN