

PERAN PENGAMBIL KEPUTUSAN TERHADAP PENGUNAAN MKJP DI INDONESIA (ANALISIS LANJUT DATA SRPJMN TAHUN 2017)

Tien Ihsani¹, Caroline Endah Wuryaningsih², Sukarno³

¹Pemerintah Kota Solok/ Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

³Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

¹tien.ihsani@yahoo.co.id, ²endahl@ui.ac.id, ³larashida@gmail.com

Abstrak

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang merupakan jenis kontrasepsi yang efektif dari segi biaya dan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, namun peningkatan penggunaan MKJP di Indonesia dalam beberapa tahun belakangan sangat lambat. Pengambil keputusan ber-KB merupakan target dalam sasaran program komunikasi KB. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana peran pengambil keputusan terhadap penggunaan MKJP. Desain penelitian adalah cross sectional. Sampel penelitian ini adalah akseptor kontrasepsi modern yang diambil data sekunder hasil Survei Indikator Kinerja Program KBPK RPJMN tahun 2017 sejumlah 20109 orang. Data dianalisis dengan regresi logistik ganda. Pengambilan keputusan yang dilakukan secara bersama oleh akseptor bersama pasangan atau bersama penyedia layanan secara substansi mempunyai peluang yang lebih besar terhadap penggunaan MKJP. Hubungan pengambil keputusan dengan penggunaan MKJP berbeda menurut sumber layanan setelah dikontrol variabel umur, pendidikan, tempat tinggal, jumlah anak, rencana punya anak, sumber layanan dan konseling KB. Pada sumber layanan pemerintah peluang penggunaan MKJP menjadi kecil pada pengambilan keputusan yang dilakukan bersama daripada pengambilan keputusan yang dilakukan oleh akseptor sendiri. Disarankan untuk dapat meningkatkan peran pasangan dan penyedia layanan untuk mendiskusikan pemilihan alat kontrasepsi dengan akseptor.

Kata kunci: Pengambil keputusan, Sumber layanan kontrasepsi, MKJP.

A. Pendahuluan

Salah satu intervensi yang dapat mencegah atau mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir adalah dengan memastikan bahwa setiap kehamilan merupakan kehamilan yang diinginkan melalui penggunaan kontrasepsi modern (Jacob, Bakamjian, & Pile, 2008).

Selain upaya peningkatan penggunaan kontrasepsi (CPR), BKKBN juga menargetkan peningkatan prevalensi mix MKJP yaitu prevalensi penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) pada peserta KB modern dalam Renstra BKKBN tahun 2015-2019. MKJP merupakan metode kontrasepsi yang terdiri dari MKJP yang reversibel yaitu IUD dan implan, serta MKJP yang bersifat permanen yaitu sterilisasi wanita (tubektomi) dan sterilisasi pria (vasektomi) (United Nation, 2015). MKJP adalah metode kontrasepsi yang sangat efektif dari segi biaya dan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan selama 3 sampai 10 tahun (Eeckhaut, Sweeney,

& Gipson, 2014). MKJP memberikan banyak pilihan bagi wanita yang menginginkan kehamilan kembali dengan menggunakan MKJP reversibel dan bagi wanita yang tidak menginginkan adanya kehamilan lagi dengan menggunakan MKJP permanen. Dengan banyaknya pilihan yang tersedia dalam kontrasepsi MKJP wanita akan cenderung menggunakan metode kontrasepsi, puas dengan pilihannya serta terus menggunakannya sampai saat tidak ingin lagi mencegah kehamilan (USAID, 2008).

Upaya peningkatan penggunaan MKJP bertujuan untuk meningkatkan CPR karena keunggulan lain dari MKJP adalah peluang untuk putus dalam pemakaian kontrasepsi lebih rendah dibandingkan non MKJP. Di negara berkembang sekitar 20% sampai 30% wanita yang menggunakan kontrasepsi oral atau suntik akan berhenti dalam waktu dua tahun sejak dimulainya karena efek samping atau masalah

kesehatan lainnya dan banyak dari wanita tersebut merasakan manfaat dengan beralih menggunakan MKJP (Ali, Sadler, Cleland, Ngo, & Shah, 2012).

Di Indonesia penggunaan kontrasepsi dari hasil estimasi penggunaan kontrasepsi pada tahun 2015 masih didominasi oleh metode suntik yaitu sebanyak 32,6% angka ini lebih tinggi dari penggunaan suntik secara keseluruhan di negara ASEAN 18,9% sedangkan penggunaan IUD hanya 3,9% dan implan sebanyak 3,3% (United Nation, 2015). Berdasarkan data SDKI 2012, penggunaan alat dan obat Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP) terus meningkat dari 46,5% menjadi 47,3% (SDKI 2007 dan 2012), sementara metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) cenderung menurun, dari 10,9% persen menjadi 10,6 persen dan 18,3 persen untuk prevalensi mix MKJP (BKKBN, BPS, & Kemenkes, 2013).

Menurut survei RPJMN tahun 2016 capaian mix MKJP tahun 2016 sudah memenuhi target yaitu sebanyak 21,5% namun pada hasil survei RPJMN tahun 2017 capaian mix MKJP masih tetap 21,5% sementara target capaian mix MKJP untuk tahun 2017 yang ditetapkan dalam Renstra 2015-2019 adalah sebanyak 21,7%. Jika dibandingkan dengan capaian mix MKJP provinsi di Indonesia terdapat 12 provinsi yang angkanya berada diatas angka nasional, namun capaian mix MKJP di 22 provinsi lainnya berada dibawah angka nasional. (BKKBN, 2016).

Sejak awal program KB dilaksanakan, pihak yang terlibat dalam pengambilan keputusan ber-KB merupakan hal pokok yang menjadi fokus perhatian program KB. Hal ini disebabkan keputusan akseptor/ wanita untuk menggunakan kontrasepsi sangat dipengaruhi oleh pengaruh sosial dari pasangan, keluarga, teman atau komunitas. Sehingga untuk mengatasi hal tersebut pihak yang berperan dalam pengambilan keputusan ber-KB menjadi sasaran program komunikasi KB (Bongaarts, Cleland, Townsend, Bertrand, & Das Gupta, 2012). Dalam banyak rumah tangga seringkali suami menjadi orang yang dominan terhadap keputusan penggunaan kontrasepsi (Herbert, 2015). Pengambilan keputusan dalam penggunaan kontrasepsi dapat merupakan sebuah keputusan independen wanita dan dapat

juga merupakan keputusan bersama dimana hal ini terkait dengan bagaimana metode kontrasepsi yang akan digunakan. Selain terkait dengan metode, faktor yang berkaitan dengan pemberdayaan wanita seperti tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap pengambilan keputusan penggunaan kontrasepsi (Hameed et al., 2014).

Berdasarkan uraian diatas peneliti menganalisis tentang bagaimana peran pengambil keputusan terhadap penggunaan MKJP di Indonesia tahun 2017 dengan menganalisis lebih lanjut data SRPJMN tahun 2017. Untuk menjawab pertanyaan penelitian maka peneliti menguraikan tujuan penelitian secara khusus yaitu:

1. Untuk mengetahui distribusi frekuensi penggunaan MKJP berdasarkan pengambil keputusan, umur, pendidikan, tempat tinggal, jumlah anak hidup, pengetahuan tentang metode kontrasepsi, rencana punya anak, sumber pelayanan kontrasepsi dan konseling KB di Indonesia Tahun 2017.
2. Untuk mengetahui peran pengambil keputusan terhadap penggunaan MKJP sebelum dikontrol dengan faktor umur, pendidikan, tempat tinggal, jumlah anak hidup, pengetahuan tentang metode kontrasepsi, rencana punya anak, sumber pelayanan kontrasepsi dan konseling KB pada asektor KB di Indonesia berdasarkan data SRPJMN tahun 2017.
3. Untuk mengetahui peran pengambil keputusan terhadap penggunaan MKJP setelah dikontrol dengan faktor umur, pendidikan, tempat tinggal, jumlah anak hidup, pengetahuan tentang metode kontrasepsi, rencana punya anak, sumber pelayanan kontrasepsi dan konseling KB pada akseptor KB di Indonesia berdasarkan data SRPJMN tahun 2017.

B. Kerangka Konsep

Menurut Bertrand (1980) ada tiga faktor utama yang dapat berpengaruh secara langsung dalam penerimaan terhadap kontrasepsi. Faktor yang pertama adalah faktor sosiodemografi antara lain berupa pendidikan, pendapatan, status pekerjaan, tipe rumah, asupan nutrisi (khusus untuk negara berkembang) dan pendapatan tidak langsung lainnya. Faktor yang

kedua yaitu faktor psikososial yang termasuk didalamnya adalah sikap dan keyakinan dengan beberapa indikator penting lainnya antara lain ukuran keluarga ideal, pentingnya memiliki anak laki-laki, sikap terhadap KB, komunikasi suami-istri, pengambil keputusan, persepsi terhadap kematian bayi serta pengetahuan tentang metode KB. Faktor yang ketiga adalah faktor yang berhubungan dengan pemberi layanan yang termasuk didalamnya adalah ketersediaan KB, kunjungan dari petugas KB, dan sumber informasi yang ada (Bertrand, 1980).

Pengambilan keputusan dalam memilih kontrasepsi dapat dipengaruhi oleh pengetahuan tentang kontrasepsi dari pengambil keputusan. Kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi merupakan salah satu faktor utama tidak menggunakan KB pada populasi dengan prevalensi kontrasepsi rendah (World Health Organization, 2017). Hal ini dibuktikan oleh salah satu penelitian yang dilakukan di Tigray Ethiopia tahun 2011 bahwa wanita menikah dengan pengetahuan yang tinggi tentang MKJP berpeluang 8 kali lebih memilih MKJP dibanding yang berpengetahuan rendah (Alemayehu, Belachew, & Tilahun, 2012).

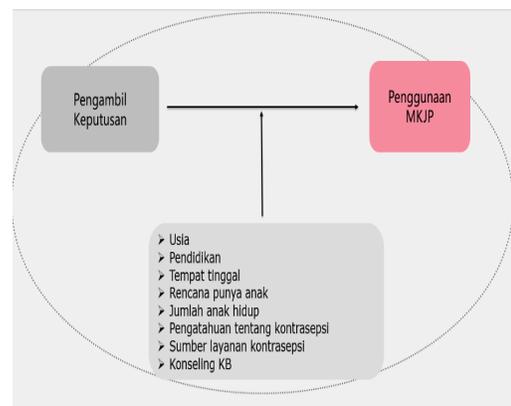
Meskipun pengetahuan tentang kontrasepsi berpengaruh terhadap pemilihan dan penggunaan kontrasepsi namun pengetahuan tentang kontrasepsi akan lebih berpengaruh signifikan terhadap penggunaan kontrasepsi jika calon akseptor mendapatkan informasi yang memadai tentang metode spesifik kontrasepsi (World Health Organization, 2017). Informasi yang memadai tentang kontrasepsi dapat diperoleh dari penyedia layanan KB diantaranya tentang informasi mengenai jenis-jenis kontrasepsi, cara penggunaan, efektifitas, tingkat kegagalan, efek samping dan cara mengatasi efek samping, serta dimana kontrasepsi tersebut dapat diperoleh (Trussell, 2013).

Informasi yang lengkap tentang metode kontrasepsi dari penyedia layanan dapat menimbulkan kepercayaan akseptor pada penyedia layanan, sehingga dapat mempengaruhi keputusan dan kesediaan wanita untuk menggunakan IUD dan implan, serta dapat mencegah kekhawatiran calon akseptor terhadap metode tersebut. Sebuah studi kualitatif

di Winconsin pada tahun 2014 menemukan bahwa sebagian besar wanita kulit putih menyatakan bahwa penyedia layanan KB merupakan sumber informasi yang terpercaya mengenai alat kontrasepsi terutama untuk MKJP jenis reversibel. (Higgins, Kramer, & Ryder, 2016). Selain informasi dari penyedia layanan KB, ketersediaan layanan dan alat kontrasepsi dan biaya layanan. Kualitas konseling juga memiliki efek mendalam pada seberapa efektif (konsisten dan benar) metode kontrasepsi tersebut akan digunakan (World Health Organization, 2016).

Ukuran keluarga ideal yang rendah dan dukungan suami dalam pengambilan keputusan dapat menyebabkan tingginya motivasi untuk membatasi atau menjarangkan kehamilan (World Health Organization, 2017). Hal ini dibuktikan dari penelitian di negara Amerika Serikat bahwa tren penggunaan IUD (salah satu MKJP) meningkat dari 1,8% pada tahun 2002 menjadi 9,8% pada tahun 2012 pada wanita yang masih menginginkan anak, dimana penggunaan IUD 5 kali lebih banyak digunakan pada wanita yang telah memiliki satu orang anak dengan tujuan untuk menjarangkan kehamilan daripada wanita yang tidak menginginkan kehamilan lagi. Sedangkan pada wanita yang sudah tidak menginginkan anak lebih memilih untuk menggunakan metode sterilisasi (Mosher, Moreau, & Lantos, 2016).

Berdasarkan teori dan penelitian-penelitian sebelumnya maka disusunlah kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangkakonseppenelitian

C. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yaitu data hasil survei RPJMN 2017 yang dilakukan di 34 provinsi di Indonesia yang dilakukan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pusat dengan tujuan untuk melihat hasil pelaksanaan program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) di lapangan. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dan pendekatan penelitian secara kuantitatif.

Sampel yang ditargetkan dalam penelitian ini adalah total sampel dari data Survei Indikator Kinerja RPJMN tahun 2017 yang ditentukan berdasarkan kriteria inklusinya yaitu akseptor KB modern di Indonesia yang merupakan

bagian dari sampel survei indikator SRPJM 2017 dan mendapatkan sumber layanan kontrasepsi pada fasilitas kesehatan sektor pemerintah dan swasta. Sedangkan kriteria eksklusi adalah akseptor yang tidak memiliki kelengkapan seluruh variabel penelitian.

Jumlah wanita menggunakan kontrasepsi modern yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dari data Survei Indikator Kinerja KKBPK RPJMN tahun 2017 adalah sebanyak 20.109 orang. Berdasarkan hasil penghitungan sampel minimal maka jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini memenuhi kriteria untuk uji hipotesis.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

D. Hasil dan Pembahasan

1. Analisis univariat

Analisis univariat menunjukkan hasil proporsi penggunaan MKJP berdasarkan pengambil keputusan adalah sebagai berikut; pengambilan keputusan oleh akseptor sendiri sebesar 17,2%, pengambilan keputusan oleh penyedia layanan sebesar 48,2%, pengambilan keputusan oleh pasangan sebesar 25%, pengambilan keputusan oleh akseptor dan penyedia sebesar 39,9% dan akseptor dan pasangan sebesar 30,5%.

2. Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat variabel pengambil keputusan dengan penggunaan MKJP dapat dilihat pada tabel.2 berikut ini:

Pengambil keputusan	Non MKJP		p-value	OR	95% CI
	MKJP %	MKJP %			
Akseptor sendiri	82,8	17,2	*Ref	*Ref	*Ref
Penyedia layanan	51,8	48,2	0,0001	4,49	3,49-5,77
Pasangan	75,0	25,0	0,0001	1,60	1,40-1,83
Akseptor bersama penyedia layanan	60,1	39,9	0,0001	3,20	2,72-3,76
Akseptor bersama pasangan	69,5	30,5	0,0001	2,10	1,96-2,26

Tabel.1

Distribusi Frekuensi Variabel Pengambil Keputusan Penggunaan Kontrasepsi

Pengambil Keputusan	Jumlah	Persentase
Akseptor sendiri	9931	49,4
Penyedia layanan	255	1,3
Pasangan	1299	6,5
Akseptor bersama penyedia layanan	677	3,4
Akseptor bersama pasangan	7947	39,5
Total	20.109	100

Analisis bivariat terhadap variabel pengambil keputusan menunjukkan hasil proporsi penggunaan MKJP terbanyak adalah pada pengambilan keputusan oleh penyedia layanan yaitu sebesar 48,2% kemudian diikuti oleh pengambil keputusan oleh akseptor bersama penyedia layanan 39,9% dan pengambilan keputusan oleh akseptor bersama pasangan sebesar 30,5%. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan pengambil keputusan dengan metode kontrasepsi MKJP (p value = 0,0001). Pengambilan keputusan oleh pasangan memiliki peluang 1,6 kali terhadap penggunaan MKJP dibandingkan pengambilan keputusan oleh akseptor sendiri. Begitu juga dengan pengambilan keputusan oleh akseptor bersama penyedia layanan berpeluang 3,2 kali bagi WUS untuk menggunakan MKJP dibandingkan

pengambilan keputusan oleh akseptor sendiri. Pengambilan keputusan oleh akseptor bersama pasangan memiliki peluang 2,1 kali bagi WUS untuk menggunakan MKJP dibandingkan pengambilan oleh akseptor sendiri. Sementara

Analisis bivariat terhadap variabel *confounding* (Tabel.3) menunjukkan hasil proporsi penggunaan MKJP terbesar berdasarkan kelompok umur adalah pada kelompok umur ≥ 35 tahun yaitu sebesar 29,3%, berdasarkan tingkat pendidikan pada kelompok akseptor berpendidikan tinggi sebesar 41,2%, berdasarkan tempat tinggal adalah pada akseptor yang tinggal di perkotaan sebesar 30,6%, berdasarkan jumlah anak adalah pada akseptor yang memiliki jumlah anak ≥ 5 orang sebesar 35,7%, berdasarkan tingkat pengetahuan adalah akseptor yang berpengetahuan tinggi sebesar 31,4%, berdasarkan rencana punya anak proporsi penggunaan MKJP terbesar pada akseptor yang tidak merencanakan punya anak lagi yaitu 26,5%, berdasarkan sumber layanan kontrasepsi proporsi penggunaan MKJP terbesar adalah pada sumber pemerintah yaitu sebesar 37,1% dan berdasarkan konseling KB proporsi penggunaan MKJP terbesar adalah pada WUS yang memperoleh konseling lengkap yaitu sebesar 26,9%.

Tabel.3
Hubungan Variabel Confounding dengan penggunaan MKJP

Pengambil keputusan	Non MKJP		p-value	OR	95% CI
	Non MKJP %	MKJP %			
Umur					
< 35 tahun	81,7	18,3	*Ref	*Ref	*Ref
≥ 35 tahun	70,7	29,3	0,0001	1,85	1,73 - 1,98
Pendidikan					
Rendah	80,5	19,5	*Ref	*Ref	*Ref
Sedang	74,9	25,1	0,0001	1,39	1,29 - 1,49

3. Analisis Multivariat

Pada tahapan uji interaksi dalam analisis multivariat didapatkan hasil bahwa variabel pengambil keputusan berinteraksi dengan sumber layanan sehingga variabel interaksi

itu pengambilan keputusan oleh penyedia layanan memiliki peluang 4,4 kali bagi WUS untuk menggunakan MKJP dibandingkan pengambilan keputusan oleh akseptor sendiri.

Tinggi	58,8	41,2	0,0001	2,90	2,59 - 3,24
Tempat Tinggal					
Pedesaan	79,2	20,8	*Ref	*Ref	*Ref
Perkotaan	69,4	30,6	0,0001	1,67	1,57 - 1,79
Jumlah anak					
≤ 2	80,5	19,5	*Ref	*Ref	*Ref
3-4	70,1	29,9	0,0001	1,76	1,64 - 1,88
≥ 5	64,3	35,7	0,0001	2,29	2,02 - 2,59
Pengetahuan					
Rendah	80,7	19,3	*Ref	*Ref	*Ref
Tinggi	68,6	31,4	0,0001	1,91	1,79 - 2,04
Rencana punya anak					
Ya	84,4	15,6	*Ref	*Ref	*Ref
Tidak	73,5	26,5	0,0001	1,94	1,78 - 2,12
Sumber layanan					
Sumber swasta	84,1	15,9	*Ref	*Ref	*Ref
Sektor pemerintah	62,9	37,1	0,0001	3,12	2,92 - 3,33
Konseling KB					
Tidak lengkap	78,3	21,7	*Ref	*Ref	*Ref
Lengkap	73,1	26,9	0,0001	1,32	1,24 - 1,41

dimasukkan dalam pemodelan awal. Berdasarkan hasil pemodelan awal tidak didapatkan variabel yang memiliki nilai p value $> 0,05$ yang dapat dijadikan kandidat untuk dikeluarkan dalam uji *confounding* sehingga

seluruh variable masuk dalam pemodelan akhir. Hasil pemodelan akhir dapat dilihat dari tabel 4.

Tabel.4
Pemodelan akhir hubungan pengambil keputusan dengan penggunaan kontrasepsi MKJP

Variabel	P Value	OR	95% CI
Pengambilan Keputusan*SumberLayanan			
Sektorswasta (Baseline)			
Sektorpemerintah			
Akseptorsendiri	*Ref	*Ref	*Ref
Penyedia layanan	0,012	2,12	1,18-3,81
Pasangan	0,003	0,65	0,48-0,86
Akseptor dan penyedia	0,0001	0,56	0,40-0,79
Akseptor dan pasangan	0,0001	0,75	0,64-0,87
Pengambil Keputusan			
Akseptorsendiri	*Ref	*Ref	*Ref
Penyedia layanan	0,0001	3,37	2,25-5,05
Pasangan	0,0001	2,03	1,67-2,47
Akseptor dan penyedia	0,0001	3,82	2,98-4,90
Akseptor dan pasangan	0,0001	2,24	2,00-2,50
Umur (≥ 35 tahun)	0,0001	1,49	1,37-1,62
Pendidikan			
Rendah	*Ref	*Ref	*Ref
Sedang	0,0001	1,40	1,29-1,51
Tinggi	0,0001	2,86	2,51-3,25
Tempat Tinggal (perkotaan)	0,0001	1,64	1,52-1,77
Jumlah anak			
≤ 2	*Ref	*Ref	*Ref
3-4	0,0001	1,39	1,28-1,50
≥ 5	0,0001	1,67	1,45-1,93
Pengetahuan (tinggi)	0,0001	1,60	1,49-1,72
Rencana punya anak (tidak)	0,0001	1,40	1,26-1,56
Sumber layanan (sektor pemerintah)	0,0001	4,08	3,65-4,57
Konseling KB (lengkap)	0,002	1,12	1,04-1,20

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan pengambil keputusan dengan

penggunaan MKJP berbeda menurut sumber layanan kontrasepsi. Setelah dikontrol variabel pengambil keputusan, umur, pendidikan, tempat tinggal, jumlah anak, rencana punya anak, sumber layanan dan konseling KB, pada akseptor yang memperoleh layanan kontrasepsi pada sektor pemerintah peluang penggunaan kontrasepsi yang pengambilan keputusan oleh pasangan saja, akseptor bersama penyedia layanan dan akseptor bersama pasangan menjadi lebih kecil dibandingkan dengan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh akseptor sendiri, sedangkan pengambilan keputusan dilakukan oleh penyedia layanan memiliki peluang 2,1 kali untuk menggunakan MKJP dibandingkan pengambilan keputusan oleh akseptor secara sendiri.

Dari hasil penelitian setelah dimasukkan variabel interaksi terlihat pengambilan keputusan yang dilakukan oleh penyedia layanan tetap berpeluang lebih tinggi terhadap penggunaan MKJP dibandingkan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh akseptor, pasangan, akseptor bersama pasangan dan akseptor bersama penyedia layanan. Namun pengambilan keputusan yang dilakukan oleh penyedia layanan tidak dapat disarankan karena pengambilan keputusan penggunaan alat kontrasepsi merupakan hak akseptor (USAID, JHU, & World Health Organization, 2011). Dalam pengambilan keputusan penggunaan kontrasepsi penyedia layanan dapat berperan sebagai konselor yang menjelaskan aspek keamanan, efektifitas, akses dan keterjangkauan alat kontrasepsi sehingga keputusan yang diambil dapat dikatakan sebagai keputusan sebuah bersama (CDC, 2014; World Health Organization, 2006, 2015, 2016).

Terdapat perbedaan hasil hubungan pengambil keputusan terhadap penggunaan MKJP dengan hasil hubungan interaksi pengambil keputusan dengan sumber layanan terhadap penggunaan MKJP. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pengambilan keputusan secara substansi mempunyai peluang yang lebih besar terhadap penggunaan MKJP jika tidak diinteraksikan dengan sumber layanan. Artinya pengambilan keputusan merupakan penentu yang kuat terhadap penggunaan MKJP namun terdapat perbedaan pola pengambilan keputusan menurut sumber layanan sehingga

melemahkan peluang penggunaan MKJP menurut pengambil keputusan.

Pengambilan keputusan penggunaan kontrasepsi dapat dilatar belakangi oleh beberapa faktor. Penggunaan kontrasepsi sering didasarkan pada pengalaman teman, relasi, dan kenalan yang menggunakan kontrasepsi pada saat tersebut, selain itu pengguna kontrasepsi sangat bergantung pada saran dari penyedia layanan dalam memilih metode yang akan digunakan (Babalola & John, 2012). Penyedia layanan KB juga berperan terhadap pengambilan keputusan dalam penggunaan kontrasepsi, karena dapat menentukan apakah metode KB yang dipilih merupakan metode tepat dan sesuai dengan kriteria kelayakan medis dan keinginan klien (World Health Organization, 2015).

Pengambilan keputusan penggunaan MKJP perlu didukung dengan pengetahuan, selain itu informasi yang lengkap dari penyedia layanan turut berperan dalam upaya peningkatan penggunaan MKJP (George, Decristofaro, Dumas, & Murphy, 2015). Di Indonesia layanan KB pada sektor pemerintah tersedia alat bantu pengambilan keputusan bersama untuk menggunakan kontrasepsi, alat bantu pengambilan keputusan ini merupakan suatu metode efektif yang dapat mendukung pasangan mengambil keputusan untuk menerima dan menggunakan MKJP.

Idealnya keputusan untuk menggunakan metode kontrasepsi diambil bersama oleh pasangan. Biasanya keputusan penggunaan kontrasepsi diambil secara bersama dengan pasangan pada wanita yang mengetahui dengan baik tentang metode kontrasepsi dan memiliki keterampilan mendiskusikan penggunaan kontrasepsi dengan suami/pasangan Namun kadang-kadang seorang wanita membuat keputusan sendiri untuk menggunakan metode kontrasepsi secara rahasia jika suami menentang penggunaan KB (Babalola & John, 2012).

Dukungan penggunaan kontrasepsi dengan pengambilan keputusan bersama sesuai dengan penelitian (Hameed et al., 2014) bahwa pengambilan keputusan secara bersama merupakan penentu kuat terhadap penggunaan kontrasepsi. Penelitian (Muliawati & Trihandini, 2012) menemukan bahwa pengambilan keputusan yang dilakukan oleh suami/pasangan berpeluang 2,39 kali lebih besar untuk

menggunakan MKJP dibandingkan dengan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh wanita saja. Peluang penggunaan MKJP juga menjadi 2,01 kali lebih besar jika pengambilan keputusan dilakukan oleh wanita dan suami/pasangan dibandingkan dengan pengambilan yang dilakukan oleh wanita saja.

E. Kesimpulan dan Saran

Pengambil keputusan mempunyai peran terhadap penggunaan MKJP dimanapengambilan keputusan oleh akseptor bersama pasangan memiliki peluang 2,2 kali lebih tinggi bagi akseptor untuk menggunakan MKJP dibandingkan pengambilan oleh akseptor sendiri. Pengambilan keputusan oleh pasangan memiliki peluang 2 kali lebih tinggi terhadap penggunaan MKJP dibandingkan pengambilan keputusan oleh akseptor sendiri. Pengambilan keputusan oleh penyedia layanan memiliki peluang 4,4 kali untuk menggunakan MKJP dibandingkan pengambilan keputusan oleh akseptor sendiri, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Sukarno, NL. Meilani, Sri Wahyuni, 2017) bahwa petugas kesehatan mempunyai pengaruh yang paling besar dibanding dengan penyedia informasi lainnya.. pengambilan keputusan oleh akseptor bersama penyedia layanan berpeluang 3,8 kali bagi akseptor untuk menggunakan MKJP dibandingkan pengambilan keputusan oleh akseptor sendiri.

Hubungan pengambil keputusan dengan penggunaan MKJP berbeda menurut sumber layanan setelah dikontrol variabel dikontrol variabel umur, pendidikan, tempat tinggal, jumlah anak, rencana punya anak, sumber layanan dan konseling KB. Pengambilan keputusan bersama secara substansi mempunyai peluang yang lebih besar terhadap penggunaan MKJP jika tidak diinteraksikan dengan sumber layanan. Namun terdapat perbedaan pola pengambilan keputusan menurut sumber layanan sehingga melemahkan peluang penggunaan MKJP menurut pengambil keputusan.

Disarankan bagi pemegang kebijakan dan petugas pelayanan KB untuk dapat meningkatkan upaya program (Konseling Informasi dan Edukasi KB) tentang MKJP sebagai kontrasepsi efektif yang dapat digunakan oleh calon akseptor pada seluruh

kelompok umur karena penggunaan MKJP sangat fleksibel baik untuk tujuan penundaan, penjarangan maupun pembatasan kelahiran. Meningkatkan upaya promosi penggunaan MKJP pada layanan sektor swasta, karena sebagian besar pengguna kontrasepsi mendapatkan layanan kontrasepsi adalah pada sektor swasta. Meningkatkan kapasitas petugas layanan KB dalam memberikan konseling KB dengan penggunaan alat bantu pengambil keputusan pada sektor layanan pemerintah dan swasta. Pengambilan keputusan yang dilakukan bersama baik oleh akseptor bersama pasangan ataupun bersama penyedia layanan sangat berperan dalam peningkatan penggunaan MKJP, sehingga perlu dilakukan upaya konseling yang efektif dan melibatkan pasangan dalam memberikan konseling KB .

REFERENSI

- Alemayehu, M., Belachew, T., & Tilahun, T. (2012). Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, north Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-6>
- Ali, M., Sadler, R., Cleland, J., Ngo, T., & Shah, I. (2012). Long-term contraceptive protection, discontinuation and switching behaviour: Intrauterine device (IUD) use dynamics in 14 developing countries. *World Health Organization*, 1–48.
- Babalola, S., & John, N. (2012). Factors underlying the use of long-acting and permanent family planning methods in Nigeria: a qualitative study. *The RESPOND Project Study Series: Contributions to Global Knowledge-Report*, (5), 3–84.
- Bertrand, J. T. (1980). *audience research for improving family planning communication programs*. Media Monograph 7.
- BKKBN. (2016). *Survei Indikator Kinerja Program Kependudukan , Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2016*. Jakarta.
- BKKBN, BPS, & Kemenkes. (2013). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. *SDKI*, 16. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01580.x>
- Bongaarts, J., Cleland, J., Townsend, J., Bertrand, J., & Das Gupta, M. (2012). *Family planning programs for the 21st century*.
- CDC. (2014). Providing Quality Family Palnning Services.Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(4).
- Eeckhaut, M. C. W., Sweeney, M. M., & Gipson, J. D. (2014). Who Is Using Long-Acting Reversible Contraceptive Methods? Findings from Nine Low-Fertility Countries. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(3), 149–155. <https://doi.org/10.1363/46e1914>
- George, T. P., Decristofaro, C., Dumas, B. P., & Murphy, P. F. (2015). Shared Decision Aids: Increasing Patient Acceptance of Long-Acting Reversible Contraception, 205–218. <https://doi.org/10.3390/healthcare3020205>
- Hameed, W., Azmat, S. K., Ali, M., Sheikh, M. I., Abbas, G., Temmerman, M., & Avan, B. I. (2014). Women’s empowerment and contraceptive use: The role of independent versus couples’ decision-making, from a lower middle income country perspective. *PLoS ONE*, 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104633>
- Herbert, S. (2015). Social norms, contraception and family planning. *GSDRC Helpdesk Research Report*, 1–15.
- Higgins, J. A., Kramer, R. D., & Ryder, K. M. (2016). Provider Bias in Long-Acting Reversible Contraception (LARC) Promotion and Removal: Perceptions of Young Adult Women. *AJPH PERSPECTIVES FROM THE SOCIAL SCIENCES Contraceptive*, 106, No.11.
- Jacob, R., Bakamjian, L., & Pile, M. (2008). *Threatened and still greatly needed Family planning programs in Sub-Saharan Africa. The ACQUIRE Project/Engender Health. Advocacy Brief* (Vol. 2). New York.
- Mosher, W. D., Moreau, C., & Lantos, H.

- (2016). Trends and determinants of IUD use in the USA, 2002-2012. *Human Reproduction*, 31(8), 1696–1702. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew117>
- Muliawati, R., & Trihandini, I. (2012). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Pada Wanita Usia 35 Tahun Keatas (Analisis Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007 dan 2012).
- Sukarno, NL. Meilani, Sri Wahyuni, N. W. (2017). The Effect of Information , Education and Communication (IEC) Channels on the Use of Family Planning Methods in Indonesia. In *Seoul International Conference on Social Sciences and Management (SICSSAM)* (pp. 1–11).
- Trussell, J. (2013). Contraceptive Failure in the United States. *Contraception*, 27(3), 320–331. <https://doi.org/10.1002/nbm.3066>. Non-invasive
- United Nation. (2015). *Trends in Contraceptive Use Worldwide*. New York: United Nations.
- USAID. (2008). Long Acting and Permanent Methods. *Family Health International* , 2(1).
- USAID, JHU, & World Health Organization. (2011). Family planning a global handbook for providers (1).
- World Health Organization. (2006). Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers. Technical adaptation guide.
- World Health Organization. (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use -- 5th ed. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>
- World Health Organization. (2016). *Selected practice recommendations for contraceptive use* (3rd ed.). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2017). Accelerating uptake of voluntary, rights-based family planning in developing countries.