Hubungan Pemberdayaan Wanita dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) pada Wanita Usia Subur (15-49 tahun) yang telah Menikah di Indonesia: Analisis Data SDKI 2017

Triska Alya Muthi'ah, Indang Trihandini

*Departemen Biostatistik dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia*

*Korespondensi: Indang Trihandini - itrihandini@gmail.com

Abstrak

Penggunaan kontrasepsi, khususnya MKJP, merupakan salah satu indikator terlaksananya program Keluarga Berencana. Namun berdasarkan hasil SDKI 2017, hanya terdapat 13,4% wanita yang menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang. Berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya, diketahui bahwa peran wanita penting terhadap penggunaan MKJP, dilihat melalui pemberdayaan wanita. Sehingga penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pemberdayaan wanita dengan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) pada wanita usia subur (15-49 tahun) yang telah menikah di Indonesia. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain cross-sectional dan menggunakan data SDKI tahun 2017. Variabel dependen penelitian ini adalah penggunaan MKJP dengan variabel independen utama adalah pemberdayaan wanita. Analisis bivariat dan stratifikasi digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan independen dan mengetahui variabel perancu antara hubungan tersebut. Wanita yang berdaya memiliki risiko 1.15 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP daripada wanita yang tidak berdaya. Diketahui bahwa variabel pendidikan wanita dan indeks kekayaan rumah tangga merupakan variabel perancu pada hubungan antara pemberdayaan wanita dengan penggunaan MKJP. Penggunaan MKJP yang masih rendah merupakan salah satu tantangan kesehatan masyarakat di Indonesia. Adanya hubungan antara pemberdayaan wanita dengan penggunaan MKJP dapat menjadi salah satu pertimbangan bagi instansi pemerintahan untuk mengembangkan kesehatan dengan berfokus pada peran wanita.

Kata kunci: pemberdayaan wanita, metode kontrasepsi jangka panjang, MKJP

Family Data Collection Program Barrier Analysis for Healthy Indonesia Program with Family Approach (PIS-PK) in Puskesmas

Abstract

The use of contraception, especially LACPMs, is one of indicator to ensure the implementation of family planning program. However, based on the results of the 2017 IDHS, only 13.4% of women used LACPMs. Based on several previous studies, it is known that the role of women is important in the use of LACPMs. This study aims to examine the association between women's empowerment and the utilization of long-acting and permanent contraceptive (LACPMs) among married women aged 15-49 years in Indonesia: analysis of IDHS data 2017. This study was a cross-sectional and used 2017 IDHS data. The dependent variables of this study is the utilization of LACPMs with the main independent variables were women's empowerment. Bivariate and stratified analysis were used to examine the association between the variables and to examine the confounding variables. Empowered women had 1.15 times higher risk of using MKJP than powerless women. The result of this study also found that women's education and household wealth index are confounding variables in the association between women's empowerment and the utilization of LACPMs. The utilization of LACPMs which is low is one of the public health challenges in Indonesia. The association between women's empowerment and the utilization of LACPMs can be taken into considerations for government agencies to develop health by focusing on the role of women.

Keywords: *women's empowerment, long-acting and permanent contraceptive methods, LACPMs*

PENDAHULUAN

Berdasarkan tahun 2020, Indonesia telah memiliki *total fertility rate* (TFR) sebesar 2,3 anak per wanita usia subur (1). Angka tersebut masih lebih tinggi dari rata-rata TFR ASEAN (2,2 anak per wanita usia subur) dan TFR ideal (2,1 anak per wanita usia subur) (2,3). Salah satu upaya dalam pengendalian TFR adalah melalui penggunaan alat kontrasepsi.

Kontrasepsi perlu dilakukan oleh pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan keduanya memiliki kesuburan yang normal namun tidak merencanakan kehamilan. Berdasarkan jangka waktu pemakaiannya, kontrasepsi terbagi menjadi 2, yaitu metode kontrasepsi jangka panjang (meliputi kontrasepsi mantap (sterilisasi wanita/MOW/tubektomi dan sterilisasi pria/MOP/vasektomi), Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/IUD dan Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)/implan/susuk KB) dan metode kontrasepsi jangka pendek (meliputi pil, suntikan/injeksi, kondom, metode amenorea laktasi (MAL) dan lain-lain) (4).

Secara keseluruhan, persentase penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) di Indonesia masih rendah meskipun terlihat tren peningkatannya, yaitu hanya sebesar 13,4% (2017), 23,1% (2018), dan 23,5% (2019) (2,5). Angka penggunaan MKJP tersebut masih sangat jauh dari rata-rata global di SDGs pada

tahun 2015 yaitu 35% dan target yang dirancang dalam Rencana Strategis BKKBN tahun 2020 (25,11%) dan 2024 (28,39%) (6,7). Padahal MKJP merupakan jenis kontrasepsi dengan tingkat keefektifan yang tinggi dan tingkat kegagalan yang rendah dibandingkan metode non-MKJP (4). Sehingga diharapkan penggunaan MKJP lebih meningkat.

Berkaitan dengan penggunaan kontrasepsi, khususnya MKJP, wanita memiliki peran penting dalam kesehatan reproduksi. Hingga saat ini, penggunaan kontrasepsi di Indonesia masih didominasi oleh pengguna wanita (64%) dibandingkan pria (7,5%), termasuk pada MKJP, yaitu 13,2% merupakan pengguna wanita dan 0,2% adalah pengguna pria (2).

Terlihat adanya kesenjangan penggunaan kontrasepsi antara wanita dan pria, hal ini berkaitan dengan metode kontrasepsi yang tersedia masih ditujukan penggunaannya untuk wanita. Sehingga terlihat pula bahwa wanita memiliki peran penting dalam penggunaan MKJP yang sejalan dengan hasil ICPD 1994 di Kairo, yaitu pemberdayaan wanita merupakan salah satu landasan dari program kependudukan dan pengembangan manusia (8).

Pemberdayaan wanita merupakan hal yang kompleks untuk diukur, salah satu indikator pengukuran yang sering

digunakan adalah dengan melihat keterlibatan wanita dalam pengambilan keputusan dan sikap tidak menyetujui pemukulan terhadap istri (9). Menurut Kabeer, proses pemberdayaan wanita dapat diukur dengan mempertimbangkan tiga dimensi, salah satunya adalah dimensi agensi (*agency*) yang merupakan inti pemberdayaan berupa proses bagaimana keputusan dibuat dan diterapkan (10).

Menurut United Nations Population Fund, pemberdayaan wanita berarti perluasan pilihan yang dapat dimiliki oleh wanita untuk membuat keputusan (terkait pendidikan, pekerjaan, pernikahan, kehamilan hingga ukuran keluarga ideal yang dimiliki) (8). Pemberdayaan wanita menjadi salah satu faktor penting untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, karena gender memiliki pengaruh pada akses dan penggunaan pelayanan kesehatan serta kesehatan seseorang sepanjang hidupnya (11).

Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa pemberdayaan wanita memiliki pengaruh terhadap penggunaan MKJP. Penelitian dari Samari mengungkapkan bahwa untuk setiap keadaan yang disetujui untuk suami melakukan pemukulan terhadap istri, wanita memiliki risiko 19% lebih rendah untuk menggunakan MKJP. Serta untuk setiap keputusan tambahan yang dibuat seorang wanita, dia memiliki risiko 11%

lebih tinggi menggunakan MKJP dibandingkan tidak menggunakan kontrasepsi (12). Sejalan dengan penelitian dari Sharma *et al*, diketahui bahwa wanita dengan pemberdayaan wanita kategori sedang memiliki risiko 47% dan wanita dengan kategori tinggi memiliki risiko 35% untuk menggunakan kontrasepsi (13).

Di Indonesia, terdapat 72% wanita yang berpartisipasi dalam pengambilan keputusan di semua keputusan rumah tangga dan 10% wanita tidak berpartisipasi sama sekali. Selain itu, terdapat 68% wanita dan 83% pria yang tidak menyetujui tindakan pemukulan terhadap istri. Laporan SDKI 2017 mengungkapkan bahwa semakin banyak jumlah keterlibatan wanita dalam pengambilan keputusan maka semakin banyak pula jumlah wanita yang tidak menyetujui pemukulan terhadap istri dengan keadaan apapun, begitupun sebaliknya (2).

Sebanyak 72% wanita yang berpartisipasi dalam pengambilan semua keputusan tidak setuju dengan semua keadaan pada pemukulan terhadap istri sedangkan hanya 62,4% wanita yang tidak berpartisipasi dalam satupun kondisi pengambilan keputusan yang tidak menyetujui tindakan pemukulan terhadap istri. Pada tahun 2012, sebanyak 7 dari 10 wanita berpartisipasi dalam pengambilan keputusan di semua (3) keputusan rumah tangga dan 65% wanita serta 83% pria yang

tidak menyetujui pemukulan terhadap istri (2).

Hingga saat ini, penelitian dan data yang tersedia di Indonesia mengenai hubungan pemberdayaan wanita dengan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang masih terbatas. Sejauh ini, data yang mencakup kedua variabel tersebut adalah data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, yaitu data sekunder hasil survei berskala nasional yang dilaksanakan setiap periode waktu 5 tahun. Adanya tren penurunan TFR dan peningkatan penggunaan MKJP disertai dengan peningkatan pemberdayaan wanita di Indonesia, maka dilakukan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pemberdayaan wanita dengan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang di Indonesia berdasarkan analisis data Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2017.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian analitik potong lintang. Data yang digunakan dalam penelitian ini bersumber dari data sekunder, yaitu data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2017 dengan periode waktu selama 24 Juli hingga 30 September tahun 2017 di seluruh provinsi Indonesia sebagai lokasi pengumpulan data. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh total

populasi studi yaitu wanita berusia 15-49 tahun yang telah menikah di Indonesia dan memenuhi kriteria inklusi penelitian.

Kriteria inklusi sampel adalah wanita berusia 15-49 tahun, berstatus menikah, dan mengisi seluruh variabel terkait dengan lengkap. Sedangkan kriteria eksklusi sampel adalah wanita berusia 15-49 tahun yang tidak tinggal bersama suami/pasangan dan wanita yang tidak memiliki anak.

Variabel dependen pada penelitian ini adalah pemberdayaan wanita dan variabel independent adalah penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang dengan variabel perancu yaitu umur, pendidikan, jumlah anak hidup, wilayah tempat tinggal, status kekayaan rumah tangga serta paparan media.

Variabel pemberdayaan wanita dinilai dengan indeks partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan serta sikap wanita terhadap pemukulan istri. Responden dinilai berdaya apabila berpartisipasi sendiri atau bersama suami/pasangan minimal dalam salah satu kasus pengambilan keputusan (perawatan kesehatan wanita, pengeluaran besar di dalam rumah tangga, dan kunjungan ke keluarga atau kerabat responden) serta tidak menyetujui tindakan pemukulan dengan keadaan apapun

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis stratifikasi untuk mendeskripsikan masing-masing

variabel yang diteliti, mengetahui hubungan antar variabel serta mengetahui variabel perancu dengan menggunakan uji regresi logistik dan uji Mantel-Haenzel.

HASIL

Wanita usia subur (15-49 tahun) yang telah menikah cenderung tidak menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang dengan persentase sebesar 84,8%. Selain itu, diketahui bahwa wanita usia

subur (15-49 tahun) yang berdaya sebanyak 67,1% (Tabel 1).

Menurut karakteristik wanita usia subur (15-49 tahun) yang telah menikah berdasarkan analisis data SDKI 2017 (Tabel 1), wanita yang berusia di kelompok umur 35-49 tahun mendominasi lebih dari setengah (62,8%) seluruh sampel wanita yang ada dengan perbedaan 10 kali lebih tinggi dari jumlah wanita yang berusia di kelompok umur 15-24 tahun (5,9%).

Tabel 1. Distribusi Penggunaan Kontrasepsi, Pemberdayaan Wanita serta Variabel Kovariat pada Wanita Usia Subur yang telah Menikah di Indonesia tahun 2017 (N=19.527)

Variabel	N	%
Penggunaan MKJP		
Tidak	16.566	84,8
Ya	2.960	15,2
Pemberdayaan Wanita		
Tidak berdaya	6.433	32,9
Berdaya	13.093	67,1
Umur		
15-24 tahun	1.146	5,9
25-34 tahun	6.113	31,3
35-49 tahun	12.267	62,8
Pendidikan wanita		
Tidak sekolah	441	2,3
Dasar	6.829	35,0
Menengah	9.381	48,0
Tinggi	2.874	14,7
Jumlah anak hidup		
1-2 anak	13.053	66,8
>2 anak	6.474	33,2
Wilayah tempat tinggal		
Perdesaan	10.127	51,9
Perkotaan	9.400	48,1
Status pekerjaan wanita		
Tidak bekerja	4.439	22,7
Bekerja	15.087	77,3
Indeks kekayaan rumah tangga		
Terendah	3.458	17,7
Menengah ke bawah	3.660	18,7
Menengah	3.906	20,0
Menengah ke atas	4.196	21,5
Tertinggi	4.304	22,1
Paparan media		
Tidak terpapar	5.946	30,5
Terpapar	13.580	69,5

Pada tingkat pendidikan, hampir setengah (48%) wanita pernah atau sedang menempuh jenjang menengah dengan perbedaan 24 kali lebih tinggi dari jumlah wanita yang tidak pernah bersekolah (2,3%).

Mengenai jumlah lahir hidup anak, terlihat pada tabel bahwa lebih dari setengah (66,8%) wanita telah memiliki 1 hingga 2 anak dengan perbedaan proporsi 2 kali lipat lebih tinggi dari wanita yang memiliki anak lebih dari 2 anak (33,2%) (Tabel 1).

Berdasarkan wilayah tempat tinggal, wanita hampir tersebar secara merata dengan proporsi lebih tinggi wanita yang bertempat tinggal di perdesaan (51,9%). Hal ini mungkin terjadi karena adanya perhitungan persebaran wilayah pada pengumpulan data SDKI 2017. Menurut status pekerjaan wanita, wanita yang bekerja dengan dibayar uang atau benda memiliki proporsi tiga perempat (77,3%) dari seluruh populasi dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja atau wanita bekerja yang hanya dibayarkan oleh benda (22,7%) (Tabel 1).

Tabel 2. Analisis Hubungan Variabel Kovariat dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang pada Wanita Usia Subur yang telah Menikah di Indonesia tahun 2017

Variabel	Penggunaan MKJP		OR	95% CI	P-value
	Tidak	Ya			
Umur					
15-24 tahun	1.034 (90,3%)	111 (9,7%)	1,00	----	0,0001*
25-34 tahun	5.324 (87,1%)	715 (12,9%)	1,37	1,05-1,78	
35-49 tahun	10.207 (83,2%)	2.060 (16,8%)	1,87	1,46-2,39	
Pendidikan wanita					
Tidak sekolah	410 (93,2%)	30 (6,8%)	1,00	----	0,0001*
Dasar	5.895 (86,3%)	934 (13,7%)	2,15	1,41-3,27	
Menengah	7.987 (85,1%)	1.295 (14,9%)	2,37	1,55-3,62	
Tinggi	2.273 (79,1%)	601 (20,9%)	3,59	2,34-5,53	
Jumlah anak hidup					
1-2 anak	11.459 (87,8%)	1.593 (12,2%)	1,92	1,73-2,13	0,0001*
>2 anak	5.107 (78,9%)	1.366 (21,1%)			
Wilayah tempat tinggal					
Perdesaan	8.716 (86,1%)	1.410 (13,9%)	1,21	1,08-1,37	0,001*
Perkotaan	7.850 (83,5%)	1.549 (16,5%)			
Status pekerjaan wanita					
Tidak bekerja	3.789 (85,4%)	649 (14,6%)	1,05	0,93-1,18	0,368
Bekerja	12.776 (84,7%)	2.310 (15,3%)			
Indeks kekayaan rumah tangga					
Terendah	2.959 (85,6%)	498 (14,4%)	1,00	----	0,0001*
Menengah ke bawah	3.168 (86,6%)	491 (13,4%)	0,92	0,76-1,10	
Menengah	3.354 (85,9%)	551 (14,1%)	0,97	0,81-1,17	
Menengah ke atas	3.612 (86,1%)	584 (13,9%)	0,95	0,80-1,14	
Tertinggi	3.471 (80,6%)	748 (19,4%)	1,42	1,19-1,70	
Paparan media					
Tidak terpapar	5.163 (86,8%)	782 (13,2%)	1,26	1,12-1,41	0,0001*
Terpapar	11.402 (84,0%)	2.177 (16,0%)			

Keterangan: *P-value<0,05; OR=Odds Ratio; CI=Confidence Interval

Terkait dengan indeks kekayaan rumah tangga, persebaran wanita hampir merata dengan perbedaan sekitar 1-2% di setiap kategori indeks kekayaan, dengan proporsi paling tinggi adalah kategori tertinggi (Tabel 1). Wanita yang memiliki indeks kekayaan rumah tangga dengan kategori tertinggi (22,1%) memiliki perbedaan proporsi 1,2 lebih tinggi dari wanita yang memiliki indeks kekayaan rumah tangga dengan kategori terendah (17,7%).

Berdasarkan paparan media, wanita yang terpapar informasi mengenai KB minimal melalui satu media dari media elektronik atau cetak memiliki proporsi hampir 2,5 kali lebih tinggi (69,5%) dari wanita yang tidak terpapar informasi mengenai KB dari media apapun (30,5%) (Tabel 1).

Berdasarkan analisis bivariat, diketahui bahwa variabel status pekerjaan wanita tidak mempengaruhi penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang pada wanita usia subur (15-49 tahun) yang telah menikah (Tabel 2). Berdasarkan faktor sosio-demografi, wanita yang berusia di kelompok umur 25-34 tahun dan kelompok umur 35-49 tahun masing-masing memiliki

risiko 1,37 [95% CI=1,05-1,78] dan 1,87 [95% CI=1,46-2,39] kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP daripada wanita yang berusia di kelompok umur 15-24 tahun.

Menurut pendidikan wanita, wanita yang memiliki pendidikan kategori dasar (OR=2,15; 95% CI=1,41-3,27), menengah (OR=2,37; 95% CI=1,55-3,62) dan tinggi (OR=3,59; 95% CI=2,34-5,53) lebih tinggi untuk menggunakan MKJP daripada wanita yang tidak bersekolah (Tabel 2).

Pada jumlah anak lahir hidup, penggunaan MKJP pada wanita yang mempunyai lebih dari 2 anak memiliki risiko 1,92 kali lebih tinggi dibandingkan wanita yang sudah mempunyai 1-2 anak (95% CI=1,73-2,13). Berdasarkan wilayah tempat tinggal, wanita yang tinggal di perkotaan memiliki risiko 1,21 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP daripada wanita yang tinggal di perdesaan (95% CI=1,08-1,37).

Berdasarkan Tabel 2 juga diketahui bahwa wanita dengan indeks kekayaan kategori tertinggi memiliki risiko 1,42 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita dengan indeks kekayaan kategori terendah (95% CI=1,19-1,70).

Tabel 3. Analisis Hubungan Pemberdayaan Wanita dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang pada Wanita Usia Subur yang telah Menikah di Indonesia tahun 2017

Pemberdayaan Wanita	Penggunaan MKJP		OR	95% CI	P-value
	Tidak	Ya			
Tidak berdaya	5.536 (86,0%)	897 (14,0%)	1.15	1,03-1,27	0,007*
Berdaya	11.030 (84,2%)	2.062 (15,8%)			

Keterangan: *P-value<0,05; OR=Odds Ratio; CI=Confidence Interval

Tabel 4. Analisis Variabel Kovariat yang Dapat Mempengaruhi Hubungan Pemberdayaan Wanita dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang pada Wanita Usia Subur yang telah Menikah di Indonesia tahun 2017

Variabel		AOR	ΔCOR-AOR (%)
Umur dan pemberdayaan wanita			
25-34 tahun	Tidak berdaya Berdaya	1,22	-0,07 (6,1%)
35-49 tahun	Tidak berdaya Berdaya	1,09	0,06 (5,2%)
Pendidikan wanita dan pemberdayaan wanita			
Dasar	Tidak berdaya Berdaya	1,13	0,02 (1,7%)
Menengah	Tidak berdaya Berdaya	1,02	0,13 (11,3%)*
Tinggi	Tidak berdaya Berdaya	1,35	0,20 (17,4%)*
Jumlah anak hidup dan pemberdayaan wanita			
> 2 anak	Tidak berdaya Berdaya	1,07	0,08 (7,0%)
Wilayah tempat tinggal dan pemberdayaan wanita			
Perkotaan	Tidak berdaya Berdaya	1,15	0 (0%)
Status pekerjaan wanita dan pemberdayaan wanita			
Bekerja	Tidak berdaya Berdaya	1,13	0,02 (1,7%)
Indeks kekayaan rumah tangga dan pemberdayaan wanita			
Menengah ke bawah	Tidak berdaya Berdaya	1,08	0,07 (6,0%)
Menengah	Tidak berdaya Berdaya	1,02	0,13 (11,3%)*
Menengah ke atas	Tidak berdaya Berdaya	1,05	0,10 (8,7%)
Tertinggi	Tidak berdaya Berdaya	1,26	-0,11 (9,5%)
Paparan media dan pemberdayaan wanita			
Terpapar	Tidak berdaya Berdaya	1,09	0,06 (5,2%)

Keterangan: AOR=Adjusted Odds Ratio (*Δ (%)>10%)

Selain itu, wanita yang terpapar informasi mengenai KB minimal melalui satu media, baik media cetak maupun elektronik memiliki risiko 1,26 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP daripada wanita yang tidak terpapar informasi KB sama sekali (95% CI=1,12-1,41).

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada Tabel 3, diketahui bahwa wanita yang berdaya memiliki risiko 1,15 kali lebih

tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang tidak berdaya (95% CI=1,03-1,27).

Analisis stratifikasi pada Tabel 4 didapatkan hasil variabel pendidikan wanita dan indeks kekayaan rumah tangga memiliki pengaruh dengan perubahan odds ratio sebelum dan setelah dikontrol yaitu sebesar lebih dari 10%. Hal tersebut mengartikan bahwa kedua variabel tidak

dapat dihilangkan tanpa memberi pengaruh pada hubungan pemberdayaan wanita terhadap penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang pada wanita usia subur yang telah menikah di Indonesia tahun 2017. Sehingga dapat dikatakan bahwa variabel pendidikan wanita dan indeks kekayaan rumah merupakan variabel perancu atau confounder.

Terlihat dari hasil interaksi, diketahui bahwa wanita yang berdaya memiliki risiko 1,02 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang tidak berdaya pada kelompok wanita yang telah menempuh pendidikan dengan jenjang menengah. Sedangkan pada kelompok wanita dengan pendidikan jenjang tinggi, wanita berdaya memiliki risiko 1,35 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP. Selain itu, wanita berdaya pada kelompok wanita dengan indeks kekayaan kategori menengah ke bawah memiliki risiko 1,02 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP daripada wanita yang tidak berdaya.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase penggunaan MKJP pada wanita usia subur (15-49 tahun) yang telah menikah di Indonesia hanya sebesar 15,2%. Jika dilihat dari laporan SDKI 2012, hasil tersebut telah mengalami peningkatan dari yang hanya sebesar 7,9%, meskipun masih berada dibawah target yang dirancang

dalam Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional tahun 2020 (25,11%) dan 2024 (28,39%) (7,14). Walaupun hasil tersebut lebih rendah dari penggunaan MKJP di beberapa negara lain, seperti di Ethiopia Barat yang sudah mencapai 27,5% dan di Malawi, Afrika sebesar 20,0% (15,16).

Padahal, di tahun 2016 negara Ethiopia memiliki TFR yang lebih tinggi yaitu sebesar 4,6 anak per wanita usia subur dan di Malawi sebesar 4,41 anak per wanita usia subur (17,18). Angka tersebut juga memiliki cara pengukuran yang beda sehingga mungkin saja terjadi bias.

Diketahui juga bahwa wanita yang berdaya di Indonesia sudah cukup banyak yaitu sekitar 13.093 wanita (67,1%). Seorang wanita dikatakan berdaya apabila ia ikut berpartisipasi baik sendiri maupun bersama suami/pasangan minimal dalam salah satu kasus pengambilan keputusan serta wanita tidak menyetujui tindakan pemukulan dengan keadaan apapun. Hasil penelitian ini juga menyerupai hasil penelitian dari Artini *et al* yang menggunakan data SDKI 2007, 2012, dan 2017, yaitu partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan adalah sebesar 69,3%, 70,3% dan 68,3% serta sikap tidak persetujuan wanita atas pemukulan terhadap istri adalah sebesar 68,6%, 66,5%, dan 69,1% (19).

Berdasarkan hasil penelitian pada analisis bivariat, penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang pada wanita usia subur yang telah menikah di Indonesia dipengaruhi oleh berbagai faktor. Selain pemberdayaan wanita yang akan dibahas lebih dalam, beberapa faktor seperti faktor sosio-demografi dan status wanita dapat dikatakan berhubungan dengan angka penggunaan MKJP. Pada hasil analisis bivariat, diketahui bahwa variabel status pekerjaan wanita diketahui tidak mempengaruhi secara signifikan pada penggunaan MKJP. Temuan tersebut tidak sejalan dengan penelitian dari Samari, Wado *et al*, Hardiani *et al*, Ebrahim *et al*, dan Artini *et al* wanita yang bekerja memiliki risiko hingga 22% untuk menggunakan MKJP (12,19–22).

Hasil penelitian menunjukkan terdapat tren peningkatan penggunaan MKJP seiring dengan peningkatan usia wanita. Pengguna MKJP pada tahun 2017 didominasi oleh wanita yang telah berusia antara 35-49 tahun sebanyak 16,8% dengan risiko 1,87 kali dan wanita yang berusia antara 25-34 tahun (12,9%) memiliki risiko 1,37 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang berusia 15-24 tahun.

Hal ini sejalan dengan penelitian dari Zenebe, *et al*. (2017), Desalegn, *et al*. (2019), Ontiri, *et al*. (2019), dan Artini, *et al*. (2021), diketahui bahwa wanita dengan

usia diatas 35 tahun sampai 49 tahun memiliki risiko hingga 3 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP. Hal ini berkaitan dengan pencegahan kehamilan di usia berisiko untuk menghindari dampak buruk pada kesehatan ibu dan anak (19,23–25).

Kehamilan di usia berisiko, dalam hal ini terlalu tua (>35 tahun) dapat meningkatkan kemungkinan keguguran, berat bayi lahir rendah, risiko anak cacat lahir, komplikasi persalinan akibat masalah kesehatan ibu hingga kemungkinan kematian ibu (26). Penelitian dari Thandar juga menunjukkan bahwa semakin meningkatnya umur maka wanita semakin lebih memiliki kontrol terkait hidupnya sehingga ia dapat lebih berdaya (27).

Terkait pendidikan, terlihat pula tren peningkatan penggunaan MKJP seiring dengan meningkatnya jenjang pendidikan wanita. Wanita yang telah atau sedang menempuh pendidikan minimal perguruan tinggi memiliki risiko 3,59 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP. Temuan dari Meskele dan Mekonnen menyatakan bahwa wanita yang telah menempuh pendidikan menengah memiliki risiko 2.1 serta wanita yang telah menempuh pendidikan tinggi memiliki risiko 2.8 lebih tinggi dibandingkan wanita yang tidak berpendidikan (28).

Penelitian dari Zenebe *et al*, Samari *et al*, Fekadu *et al*, dan Ontiri *et al* juga

menyatakan hal serupa. Hal ini berkaitan dengan peningkatan tingkat pendidikan akan mendorong cara berpikir wanita untuk dapat menerima informasi baru atau mempertimbangkan keuntungan yang didapatkan dengan penggunaan kontrasepsi (12,23,25,29). Tingginya pendidikan wanita juga dapat mendorong wanita untuk memberikan keputusan dalam perencanaan keluarga, terutama dalam memutuskan metode kontrasepsi yang akan dipakai (19). Hal ini sesuai dengan pendapat dari Notoatmodjo, bahwa individu yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih cepat dalam menerima suatu gagasan, berpikir luas, dan dapat bertindak logis sebelum mengambil keputusan (30).

Terkait jumlah anak hidup, diketahui bahwa wanita yang memiliki lebih dari 2 anak memiliki risiko 1,92 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang memiliki 1-2 anak. Hal ini berkaitan dengan telah terpenuhinya jumlah anak ideal sehingga wanita memutuskan untuk menggunakan MKJP (31).

Sesuai dengan tujuan dari KB, BKKBN menyarankan pasangan usia subur yang telah memiliki 2 anak untuk menggunakan MKJP sehingga kesejahteraan pada keluarga dapat tercapai. Dengan tingkat kesejahteraan keluarga yang tinggi, diketahui bahwa keluarga tersebut akan cenderung mementingkan mutu dari anak mereka daripada jumlah anak yang dimiliki

(31). Penelitian dari Palamuleni dan Adebowale, Melka *et al*, Desalegn *et al*, serta Ebrahim *et al* juga menunjukkan bahwa wanita dengan jumlah anak diatas 2 anak lebih berisiko untuk menggunakan MKJP (16,22,24,32).

Berdasarkan wilayah tempat tinggal, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa wanita yang bertempat tinggal di perkotaan memiliki risiko 22% lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang bertempat tinggal di perdesaan. Hal ini berkaitan dengan fasilitas kesehatan di perkotaan cenderung lebih lengkap dibandingkan di perdesaan dengan adanya keterlibatan lembaga swadaya masyarakat (LSM) terkait strategi keluarga berencana yang dapat menjadi faktor peningkatan ketersediaan dan pemanfaatan MKJP (33). Temuan serupa juga terlihat pada penelitian dari Zenebe *et al*, Bakibinga *et al*, dan Ebrahim *et al* bahwa diketahui wanita yang bertempat tinggal di perdesaan lebih tidak berisiko untuk menggunakan MKJP (22,23,34).

Pada indeks kekayaan rumah tangga, terlihat bahwa wanita dengan indeks kekayaan rumah tangga kategori tertinggi memiliki risiko 1,42 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP. Indeks kekayaan yang tinggi diketahui dapat meningkatkan kesepakatan antara wanita dan suami/pasangannya dalam perencanaan keluarga dibandingkan keluarga dengan

indeks kekayaan yang rendah (35). Keluarga dengan indeks kekayaan rumah tangga yang tinggi juga dapat memiliki kemudahan akses untuk menggunakan MKJP melalui pembiayaan mengingat biaya pelayanan MKJP lebih tinggi daripada biaya pelayanan yang dibutuhkan untuk menggunakan kontrasepsi non-MKJP (20). Temuan dari Hardiani *et al* dan Artini *et al* juga menunjukkan hasil yang serupa dengan hasil penelitian ini (19,21).

Berdasarkan paparan media, terlihat bahwa wanita yang telah terpapar informasi mengenai KB pada minimal satu media, baik melalui media elektronik maupun media cetak memiliki risiko 26% lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang sama sekali tidak terpapar informasi mengenai KB. Sejalan dengan penelitian dari Zenebe *et al*, wanita yang mendapatkan informasi tentang MKJP memiliki risiko hingga 8,85 kali untuk menggunakan MKJP (23).

Hal tersebut mungkin berkaitan dengan keterpaparan informasi yang tinggi meningkatkan kepemilikan informasi yang lebih luas sehingga dapat mendorong wanita memiliki berbagai sudut pandang baru dalam menetapkan suatu keputusan. Penggunaan media yang dapat diakses juga sangat bergantung dengan kemampuan wanita itu sendiri, dimana fasilitas dan kemampuan literasi dibutuhkan sebagai dasar penerimaan informasi (36).

Pada prinsipnya, wanita yang menerima lebih banyak informasi dapat lebih mengetahui kebutuhan rumah tangga dan dapat berkontribusi dalam pengambilan keputusan rumah tangga untuk kesejahteraan keluarga mereka, terutama anak-anaknya (37).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa pemberdayaan wanita memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang dengan wanita yang berdaya memiliki risiko 1,15 kali atau 15% lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang tidak berdaya. Temuan ini serupa dengan penelitian dari Palamuleni dan Adebawale, Samari, serta Wado *et al* yang menunjukkan bahwa wanita dengan pemberdayaan wanita yang tinggi memiliki risiko 62% untuk menggunakan MKJP dibandingkan yang tidak berdaya (12,16,20). Pemberdayaan wanita tersebut secara alami menunjukkan kebebasan wanita dalam pengambilan keputusan terkait hak untuk melahirkan dan membesarkan anak (16).

Selain hal diatas, berdasarkan indikator dari pemberdayaan wanita yaitu partisipasi dalam pengambilan keputusan, hasil penelitian ini mungkin menunjukkan adanya komunikasi yang baik antara pasangan sehingga wanita dapat ikut menjalankan dan berkontribusi dalam membuat keputusan (12).

Selain itu, persetujuan terhadap tindakan pemukulan atau kekerasan dengan alasan apapun dapat menjadi indikasi dari berkurangnya kemampuan wanita dalam berkomunikasi dan melakukan negosiasi. Hal ini mungkin berkaitan dengan ketakutan wanita dalam melakukan diskusi terkait perencanaan keluarga ataupun penggunaan kontrasepsi untuk menghindari kemungkinan menerima tindakan pemukulan atau kekerasan (12). Persetujuan wanita terhadap tindakan pemukulan atau kekerasan tersebut juga memiliki dampak negatif atas rasa percaya diri dan harga diri seorang wanita sehingga ia menjadi lebih tidak berdaya (19).

Pada hasil penelitian analisis stratifikasi, terlihat bahwa variabel pendidikan wanita dan indeks kekayaan rumah tangga merupakan variabel perancu yang dapat mempengaruhi hubungan antara pemberdayaan wanita dengan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang. Berdasarkan hasil interaksi, diketahui bahwa wanita yang berdaya dengan pendidikan jenjang menengah dan tinggi memiliki risiko 1,02 dan 1,35 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang berdaya pada kelompok wanita yang tidak bersekolah.

Hal ini dapat berkaitan dengan adanya peningkatan keterampilan, kepercayaan diri, kemampuan, dan pendapatan sehingga wanita yang berpendidikan tinggi menjadi

lebih berdaya dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan (37). Temuan ini juga sejalan dengan penelitian dari Artini *et al* yang menyatakan bahwa seiring dengan peningkatan pendidikan terlihat pula peningkatan penggunaan MKJP mulai dari 27-109% daripada wanita yang tidak berpendidikan (19).

Selanjutnya, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa wanita yang berdaya pada dengan indeks kekayaan kategori menengah ke bawah memiliki risiko 1,02 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP daripada wanita yang berdaya dengan indeks kekayaan kategori terendah. Hal ini serupa dengan penelitian dari Hardiani *et al* yang menyatakan pasangan dengan indeks kekayaan rumah tangga kategori menengah ke atas memiliki risiko 1,43 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan pasangan dengan kategori menengah ke bawah (21). Penelitian lain dari Wado *et al*, juga menyatakan bahwa indeks kekayaan rumah tangga kategori miskin, menengah, kaya dan terkaya memiliki risiko 52% hingga 91% pada penggunaan MKJP terhadap wanita usia subur yang telah menikah (20).

KESIMPULAN

Pemberdayaan wanita di Indonesia sudah cukup tinggi. Adapun faktor pemberdayaan wanita berisiko 1.15 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP

bagi wanita usia subur (15-49 tahun) yang telah menikah di Indonesia. Variabel pendidikan wanita dan indeks kekayaan rumah tangga merupakan variabel perancu pada hubungan antara pemberdayaan wanita dengan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang.

Saran untuk instansi pemerintahan yakni pembentukan kebijakan dan program untuk meningkatkan pemberdayaan wanita, serta pemberian edukasi pada wanita untuk meningkatkan rasa menghargai diri sendiri, tingkat pemahaman dan pengetahuan masyarakat serta aktualisasi agar dapat melakukan komunikasi dengan baik dan menyadari bahwa kekerasan tidak berhak dilakukan dengan keadaan apapun. Untuk peneliti lain perlunya penambahan variabel lain untuk mengukur pemberdayaan wanita, seperti sikap terhadap penolakan berhubungan seksual serta kepemilikan aset atas nama wanita dan mempertimbangkan faktor fasilitas kesehatan yang tersedia dalam penyediaan pelayanan kontrasepsi jangka panjang. Diharapkan juga adanya penggunaan desain penelitian yang lebih baik seperti penelitian *longitudinal*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Worldometer. Indonesia Demographics 2020 (Population, Age, Sex, Trends) - Worldometer [Internet]. United Nations, Department of Economic and Social Affairs,

Population Division. 2022. Available from:

<https://www.worldometers.info/demographics/indonesia-demographics/>

2. BKKBN, BPS, Kemenkes RI, USAID. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. BKKBN, BPS, Kemenkes RI, dan USAID. Jakarta: BKKBN, BPS, Kemenkes RI, dan USAID; 2018.
3. United Nations - Department of Economic and Social Affairs - Population Division. World Fertility Report 2015 - Highlights. New York: United Nations; 2017.
4. Matahari R, Utami FP, Sugihartini S. Buku Ajar Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Yogyakarta: Pustaka Ilmu; 2014.
5. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah BKKBN 2019. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN); 2019.
6. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Ringkasan Metadata Indikator Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/Sustainable Development Goals (SDGs) Indonesia. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional; 2017.
7. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Rencana

- Strategis BKKBN 2020-2024. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2020.
8. United Nations Fund for Population Activities. State of World Population 1998. New York: United Nations Fund for Population Activities; 1998.
  9. Neidell SG. Women's Empowerment as a Public Problem: A Case Study of the 1994 International Conference on Population and Development. *Popul Res Policy Rev.* 1998;17(3):247–60.
  10. Kabeer N. Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. *Dev Change.* 1999;30(3):435–64.
  11. World Health Organization. Contraception: fact sheet: family planning enables people to make informed choices about their sexual and reproductive health. Geneva: World Health Organization; 2014.
  12. Samari G. Women's empowerment and short- and long-acting contraceptive method use in Egypt. *Cult Heal Sex.* 2017;20(4):458–73.
  13. Sharma A, Kumar A, Mohanty SK, Mozumdar A. Comparative analysis of contraceptive use in Punjab and Manipur: exploring beyond women's education and empowerment. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1–13.
  14. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, Macro International. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012.* SDKI. 2013. 16 p.
  15. Gelagay AA, Koye DN, Yeshita HY. Factors affecting long acting and permanent contraceptive methods utilization among HIV positive married women attending care at ART clinics in Northwest Ethiopia. *Arch Public Heal.* 2018;76(1):1–9.
  16. Palamuleni ME, Adebawale AS. Women empowerment and the current use of long acting and permanent contraceptive: Evidence from 2010 Malawi Demographic and Health Survey. *Malawi Med J.* 2014;26(3):63.
  17. Pullum T, Assaf S, Staveteig S. Comparisons of DHS Estimates of Fertility and Mortality with Other Estimates: DHS Methodological Reports 21. Maryland: ICF; 2017.
  18. National Statistical Office, ICF. *Malawi Demographic and Health Survey 2015-16.* Zomba, Malawi, and Rockville, Maryland, USA: NSO and ICF; 2017.
  19. Nyoman N, Artini A, Martha E, Gusti I, Putra NE. Association between empowerment factors and the utilization of long-acting and permanent contraceptive methods

- among married women in Indonesia. *Public Heal Prev Med Arch.* 2021;9(1):51–8.
20. Wado YD, Gurmu E, Tilahun T, Bangha M. Contextual influences on the choice of long-acting reversible and permanent contraception in Ethiopia: A multilevel analysis. *PLoS One.* 2019;14(1):e0209602.
  21. Hardiani H, Hastuti D, Islakhiyah ; Islakhiyah, Junaidi J. Determinants of Long-Acting and Permanent Methods (LAPMS) of contraception use in Jambi Province, Indonesia. *J Perspekt Pembiayaan dan Pembang Drh.* 2020;8(4):353–68.
  22. Ebrahim OA, Zeleke EG, Muluneh AG. Geographic variation and associated factors of long-acting contraceptive use among reproductive-age women in Ethiopia: a multi-level and spatial analysis of Ethiopian Demographic and Health Survey 2016 data. *Reprod Health.* 2021;18(1):1–12.
  23. Zenebe CB, Adefris M, Yenit MK, Gelaw YA. Factors associated with utilization of long-acting and permanent contraceptive methods among women who have decided not to have more children in Gondar city. *BMC Womens Health.* 2017;17(1):1–7.
  24. Desalegn M, Belachew A, Gizaw M, Kejela G, Gudeta R. Utilization of long-acting and permanent contraceptive methods and associated factors among married women in Adama town, Central Ethiopia: community based cross-sectional study. *Contracept Reprod Med* 2019. 2019;4(1):1–9.
  25. Ontiri S, Ndirangu G, Kabue M, Biesma R, Stekelenburg J, Ouma C. Long-Acting Reversible Contraception Uptake and Associated Factors among Women of Reproductive Age in Rural Kenya. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(9):1543.
  26. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014. p. Lampiran RI Nomor 135.
  27. Thandar M, Moe HH, Naing W. Women’s empowerment among married women aged 15 to 49 in Myanmar. *Asia-Pacific Sustain Dev J.* 2020;26(2):57–81.
  28. Meskele M, Mekonnen W. Factors affecting women’s intention to use long acting and permanent contraceptive methods in Wolaita Zone, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Womens Health.* 2014;14(1):1–9.

29. Fekadu GA, Omigbodun AO, Roberts OA, Yalew AW. Factors associated with long acting and permanent contraceptive methods use in Ethiopia. *Contracept Reprod Med* 2019 41. 2019;4(1):1–11.
30. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
31. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. *Pedoman Pelaksanaan Penggerak Lini Lapangan Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga Tahun 2014*. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2014.
32. Melka AS, Tekelab T, Wirtu D. Determinants of long acting and permanent contraceptive methods utilization among married women of reproductive age groups in western Ethiopia: a cross-sectional study. *PAMJ* 2015; 21:246. 2015;21(246).
33. Demeke CA, Kasahun AE, Belay WS, Chekol AN, Getaneh RA, Yimenu DK. Utilization Pattern of Long-Acting and Permanent Family Planning Methods and Associated Factors: A Community-Based Cross-Sectional Study in Ethiopia. *Open Access J Contracept*. 2020;11:103–12.
34. Bakibinga P, Matanda D, Kisia L, Mutombo N. Factors associated with use of injectables, long-acting and permanent contraceptive methods (iLAPMs) among married women in Zambia: Analysis of demographic and health surveys, 1992-2014. *Reprod Health*. 2019;16(1):1–12.
35. Mekonnen FA, Mekonnen WN, Beshah SH. Predictors of long acting and permanent contraceptive methods utilization among Women in Rural North Shoa, Ethiopia. *Contracept Reprod Med* 2017 21. 2017;2(1):1–6.
36. United Nations Development Programme. *Human Development Report 1990*. New York: Oxford University Press; 1990.
37. Abbas S, Isaac N, Zia M, Zakar R, Fischer F. Determinants of women’s empowerment in Pakistan: evidence from Demographic and Health Surveys, 2012–13 and 2017–18. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–14.