

HEALTH SEEKING BEHAVIOR DAN AKSESIBILITAS PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DI INDONESIA

(Health Seeking Behavior and Family Planning Services Accessibility in Indonesia)

Ninieki Lely Pratiwi¹ dan Hari Basuki²

Naskah masuk: 11 November 2013, Review 1: 14 November 2013, Review 2: 15 November 2013, Naskah layak terbit: 29 Januari 2014

ABSTRAK

Latar Belakang: Target MDGs dalam meningkatkan kesehatan ibu akan tercapai apabila 50% kematian ibu dapat dicegah melalui peningkatan cakupan K1, K4, memastikan bidan tinggal di desa, meningkatkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, meningkatkan cakupan peserta KB terutama dengan metode kontrasepsi jangka panjang, serta pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan. **Metode:** Penelitian ini merupakan analisis lanjut Riskesdas tahun 2010, untuk mengkaji seberapa besar aksesibilitas pelayanan Keluarga berencana/KB di Indonesia. **Hasil:** Ibu yang mempunyai jumlah anak 3–4 orang di pedesaan lebih besar prevalensinya (27,1%) di bandingkan ibu yang tinggal di perkotaan (25,0%). Sebagian besar alasan utama tidak menggunakan alat kontrasepsi karena ingin punya anak di perkotaan 27,0%, sedangkan di pedesaan 28,2%, alasan ke dua adalah takut efek samping di perkotaan 23,1%, di pedesaan 16,5%. Alasan tidak menggunakan alat kontrasepsi karena memang tidak perlu sebesar 10,0%. Perilaku pencarian pelayanan KB ibu hamil dengan status bekerja mempunyai hubungan signifikan dengan akses pelayanan KB (rasio prevalensi 1,073). Ibu yang tidak bekerja memiliki akses pelayanan KB oleh tenaga kesehatan lebih tinggi dibandingkan ibu yang bekerja. **Kesimpulan:** Aksesibilitas pelayanan KB ini dirasa dianggap kurang memadai, karena tidak semua Poskesdes di pedesaan dibekali dengan infrastruktur dan alat pemeriksaan KB, kurangnya tentang pengetahuan KB di daerah pedesaan. Pencarian pertolongan pelayanan KB terbanyak ke tempat bidan, ke puskesmas menjadi pemilihan kedua, polindes, poskesdes menduduki urutan ke tiga.

Kata kunci: pencarian pengobatan, Keluarga Berencana, aksesibilitas kesehatan maternal

ABSTRACT

Background: The MDG target to increase maternal health will be achieved when 50% of maternal deaths can be prevented through improvement the coverage of K1, K4, to make sure that midwife stay in the village improve the delivery by health workers in health facilities, increase coverage long-term contraceptive methods participant as well as family and community empowerment in health. **Methods:** This study is a further analysis of Riskesdas in 2010 to assess how big the accessibility of services in family planning in Indonesia. **Results:** Women of 3–4 children in rural greater and prevalence (27.1%) compared to women who live in urban areas (25.0%). The main reason of not using contraception mostly because they want to have children 27.0% in urban, 28.2% rural whereas, the second reason is the fear of side effects 23.1% in urban, 16.5% rural. There is 10% of respondent did not use contraceptives, because they did not need it. Health seeking behavior of pregnant women with family planning work status has a significant relationship (prevalence ratio 1.073). The jobless mothers has better access to family planning services compared to working mother. **Conclusions:** Accessibility of family planning services is inadequate, because not all rural 'Poskesdes' equipped with infrastructure and family planning devices, a lack of knowledge of family planning in rural areas. Health seeking behavior of family planning services is mostly to the midwives, the second is to community health centers and than polindes, 'poskesdes' as the ranks third.

Key words: health seeking behavior, Family planning, Accessibility maternal of health

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Indrapura 17 Surabaya. Alamat Korespondensi: niniekpratiwi@yahoo.com

² Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Jl. Mulyorejo Kampus C Surabaya

PENDAHULUAN

Keluarga Berencana atau disingkat KB merupakan program yang ada di hampir setiap negara berkembang, termasuk Indonesia. Program ini bertujuan untuk mengontrol jumlah penduduk dengan mengurangi jumlah anak yang dilahirkan oleh perempuan usia 15–49 tahun, yang kemudian disebut dengan angka kelahiran total atau *total fertility rate* (TFR). Keluarga yang mengikuti program KB diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan dan kualitas kehidupan mereka.

Kebijakan keluarga berencana biasanya dilakukan pada saat pemerintah kurang mampu untuk mengimbangi tingkat laju pertumbuhan penduduk, dengan kebutuhan serta fasilitas yang dapat menjamin kesejahteraan penduduknya. Sebenarnya jumlah penduduk yang besar dapat menjadi potensi penggerak yang kuat jika penduduknya berkualitas.

Berdasarkan data Program Pembangunan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNDP), indeks pembangunan manusia Indonesia pada tahun 2010 menempati posisi ke-108 dari 169 negara, dan posisi keenam dari negara-negara di ASEAN. Selain itu banyaknya jumlah penduduk yang tidak diimbangi dengan pemenuhan kebutuhan serta fasilitas, aksesibilitas pelayanan kesehatan, menimbulkan berbagai macam persoalan sosial, mulai dari meningkatnya angka kriminalitas, pemukiman kumuh, kemacetan, kerusakan lingkungan, persaingan yang ketat dalam memperoleh lapangan pekerjaan, hingga pelayanan kesehatan yang buruk. (WHO, 2010)

Distribusi penduduk di Indonesia kurang merata, luas dari pulau Jawa dan Madura yang kurang dari 7% dari total luas daratan Indonesia, harus menampung 57,64% atau sekitar 136 juta jiwa penduduk Indonesia.

Perkembangan program Keluarga Berencana di Indonesia mengalami suatu metamorphosis di mana ada periode BKKBN yang kemudian berkembang menjadi Kementerian Negara Kependudukan dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dimulai pada tahun 1967, dengan tujuan mengatur masalah kependudukan (demografi), melalui falsafah Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS). Indonesia sebagai negara yang masih berkembang, di samping masalah politik, masih harus menghadapi kesulitan ekonomi yang berkepanjangan, padahal jumlah penduduk sangat

besar dan terus bertambah. Jadi wajar sekali, kalau pada saat itu pemerintah mengambil kebijakan untuk mengurangi/mengatur laju pertumbuhan penduduk, yang sering disebut sebagai *Population Control*, agar dapat memperbaiki kesejahteraan warganya. Target yang ingin dicapai adalah *Zero Growth Population* atau Laju Penduduk yang Seimbang. Program ini dianggap berhasil, sehingga banyak dicontoh oleh negara-negara lain. Program ini mulai terganggu, pada tahun 1997. Krisis Ekonomi pada saat itu, dianggap sebagai penyebab utama menurunnya daya beli Pasangan Usia Subur (PUS), maupun penyediaan alat dan pelayanan kontrasepsi.

Keadaan ini bertambah buruk setelah diberlakukannya Otonomi Daerah. Desentralisasi di beberapa daerah menyebabkan berubahnya struktur organisasi BKKBN, ada yang dibubarkan atau di gabung dengan Dinas Kesehatan. Perbedaan kebijakan Pemerintah Daerah dalam masalah kesehatan, termasuk KB, juga memperburuk keadaan. Isu tentang kegagalan KB sudah banyak dibahas. Berbagai pendekatan sudah dilakukan oleh pihak-pihak terkait seperti BKKBN, Kementerian kesehatan, Persatuan Obgyn dan Ginekologi Indonesia (POGI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan mass media, dalam upaya untuk mengatasi masalah ini.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan milenium. Tujuan ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu dengan target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai 3/4 risiko jumlah kematian ibu. Hasil survei telah menunjukkan penurunan AKI dari waktu ke waktu, namun demikian upaya untuk mewujudkan target tujuan pembangunan milenium masih membutuhkan komitmen dan usaha keras yang terus-menerus.

Trend AKI Indonesia secara Nasional menunjukkan penurunan yang signifikan dari tahun 1994 sampai dengan tahun 2007. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2007 AKI Indonesia sebesar 228 per 100.000 Kelahiran Hidup, angka tersebut masih tertinggi di Asia. Sementara target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) sebesar 226 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 1994, 2002/2003, 2007, MDGs dan Bappenas). Menurut data Riset Kesehatan Dasar

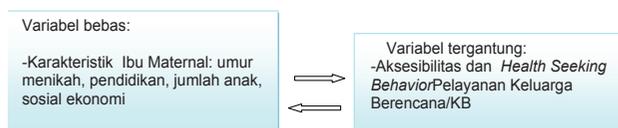
(Riskesdas) 2010, persalinan oleh tenaga kesehatan pada kelompok sasaran miskin (kuintil 1) baru mencapai 69,3%, sedangkan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan baru mencapai 55,4%.

Masalah tingginya angka kematian ibu bersalin, tentunya tidak lepas dari permasalahan jarak kehamilan yang terlalu dekat, rendahnya pengetahuan ibu tentang pengaturan jarak kehamilan. Tingginya angka kelahiran bila tidak terbanding akan mengakibatkan masalah demografi. Indonesia adalah negara dengan jumlah penduduk yang besar, lebih kurang 250 juta (BPS, 2007). Bila perbandingan laki dan perempuan sama banyak, berarti ada 125 juta perempuan, dan andaikata setengahnya merupakan Pasangan Usia Subur (PUS), berarti ada 62.5 juta perempuan yang potensial hamil, dengan segala macam akibatnya. Keluarga Berencana, termasuk salah satu program kesehatan reproduksi, dan sangat erat kaitannya dengan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Fenomena di atas menarik untuk dikaji tentang aksesibilitas masyarakat dalam pelayanan keluarga berencana di Indonesia, faktor penyebab utama menurunnya animo masyarakat untuk ber KB di Indonesia dikaitkan dengan penerimaan pelayanan keluarga berencana. Kajian ini diharapkan dapat mengungkap fenomena utama penyebab lambannya penurunan AKI dan AKB di Indonesia.

METODE

Kerangka Konsep Analisis



Gambar 1. Kerangka Konsep analisis

Jenis Analisis

Penelitian ini melakukan analisis dengan memanfaatkan data Riskesdas 2010. Variabel Independen terdiri dari data tentang karakteristik responden. Variabel tergantung terdiri dari: Aksesibilitas dan perilaku pencarian pelayanan KB.

Dengan jenis data yang bersifat nominal sebagai variabel independen, maka uji analisis melalui 2 tahap yaitu:

1. Analisis univariat, dan bivariat untuk analisis hubungan dua variabel yaitu analisis chisquare yang kemudian dilanjutkan dengan analisis tahap ke dua
2. Analisis rasio prevalensi.

Populasi adalah seluruh masyarakat Indonesia, yang dapat mewakili propinsi dan representatif untuk nasional. Pengambilan sample memakai sample Susenas Modul 2010, Riskesdas 2010, dan data Rifaskes tahun 2011. Sampel penelitian adalah Wanita usia subur (WUS).

Variabel bebas terdiri dari, karakteristik informan, dan aksesibilitas pelayanan KB yang terdiri dari jenis alat kontrasepsi, jumlah anak dan tempat pelayanan KB dan alasan tidak menggunakan KB. Variabel tergantung adalah *health seeking behavior* pelayanan KB yang terdiri dari: tempat mendapat pelayanan KB, dan tenaga pemberi pelayanan KB. Dilakukan analisa hubungan menggunakan *chi-square* dan korelasi Pearson.

HASIL

Karakteristik Sosiodemografi

Berdasarkan karakteristik sosiodemografi berdasarkan kelompok umur, usia ibu hamil paling banyak persentase di kelompok umur 20–29 tahun (46,3%), urutan ke dua kelompok umur 30–39 tahun (45,4%), baik di perkotaan maupun di pedesaan. Sedangkan kelompok ibu hamil usia 10–19 tahun persentase terbanyak di pedesaan (3,6%) dibandingkan perkotaan (1,7%). Hal ini menunjukkan umur WUS di pedesaan yang berusia 10–19 tahun lebih banyak. Demikian pula usia WUS dalam kelompok umur berisiko dalam kehamilannya dengan umur 40–59 tahun 9,54%. Total WUS sebesar 20227 responden, dengan rincian jumlah WUS di pedesaan 10160, di perkotaan 10067 responden.

Usia menikah pertama

Di perkotaan rerata umur menikah pertama responden $20,59 \pm 3,96$ tahun. Umur menikah termuda 10 tahun dan tertua 43 tahun, sedangkan

di pedesaan rerata umur menikah pertama 19,60 ± 3,63 tahun, dengan termuda 10 tahun dan tertua 39 tahun.

Berdasarkan tabel di atas tampak bahwa sebagian besar responden perkotaan mempunyai jumlah anak 1–2 (68,9%) lebih besar prevalensinya dibandingkan responden yang tinggal di pedesaan 62,7%. Hal ini berbanding terbalik dengan ibu yang mempunyai jumlah anak 3–4 yang tinggal di pedesaan lebih besar prevalensinya (27,1%) dibandingkan ibu yang tinggal di perkotaan (25,0%). Kemungkinan hal ini dikarenakan pada umumnya ibu yang tinggal di desa bekerja di sektor informal sehingga jumlah anak tidak akan memengaruhi aktivitasnya, sedangkan ibu di perkotaan jumlah anak cukup memberatkan karena ibu perkotaan lebih banyak bekerja di sektor formal.

Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan KB

Jenis Kontrasepsi

Upaya mengatur jarak kehamilan dapat dilakukan dengan menggunakan kontrasepsi atau alat kontra konsepsi yang mencegah proses konsepsi alias pertemuan antara sel telur dan sperma. Ada beragam alat kontrasepsi yang dapat digunakan. Efektivitas dan kecocokan dari penggunaan masing-masing alat kontrasepsi tentu saja bergantung pada kondisi fisik, pola hidup, kebiasaan, juga kedisiplinan pemakainya. Ada yang cocok memakai pil KB, ada juga yang lebih cocok dengan suntik atau lainnya. Semua alat kontrasepsi dapat mencapai efektivitasnya hingga 90–99%, bila digunakan dengan prosedur yang benar. Pil KB wajib diminum tiap hari, kondom harus digunakan

Tabel 1. Distribusi Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir berdasarkan Jumlah Anak, Riskesdas Tahun 2010

| Jumlah Anak | Daerah | | Total |
|-------------|----------------|----------------|----------------|
| | Perkotaan | Perdesaan | |
| 0 | 3 (0,0%) | 6 (0,1%) | 9 (0,0%) |
| 1–2 | 6934 (68,9%) | 6374 (62,7%) | 13308 (65,8%) |
| 3–4 | 2517 (25,0%) | 2757 (27,1%) | 5274 (26,1%) |
| 5–6 | 482 (4,8%) | 741 (7,3%) | 1223 (6,0%) |
| > 6 | 131 (1,3%) | 282 (2,8%) | 413 (2,0%) |
| Total | 10067 (100,0%) | 10160 (100,0%) | 20227 (100,0%) |

Tabel 2. Persentase Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Jenis Kontrasepsi Riskesdas Tahun 2010

| Jenis Alat Kontrasepsi | Daerah | | Total |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Perkotaan | Perdesaan | |
| Sterilisasi wanita | 104 (3,0%) | 134 (1,9%) | 338 (2,4%) |
| Sterilisasi pria | 5 (0,1%) | 11 (0,2%) | 16 (0,1%) |
| Pil | 1656 (24,0%) | 1494 (20,9%) | 3150 (22,4%) |
| IUD/AKDR/Spiral | 624 (9,0%) | 422 (5,9%) | 1046 (7,4%) |
| Suntik | 4198 (60,7%) | 4881 (68,4%) | 9079 (64,6%) |
| Kondom | 244 (3,5%) | 62 (0,9%) | 306 (2,2%) |
| Diafragma | 14 (0,2%) | 9 (0,1%) | 23 (0,2%) |
| Amenorrhea laktasi | 17 (0,2%) | 18 (0,3%) | 35 (0,2%) |
| Pantang berkala/kalender | 78 (1,1%) | 21 (0,3%) | 99 (0,7%) |
| Sanggama terputus | 34 (0,5%) | 22 (0,3%) | 56 (0,4%) |
| Lainnya | 136 (2,0%) | 242 (3,4%) | 378 (2,7%) |

setiap kali berhubungan intim, KB suntik diberikan setiap bulan atau per tiga bulan. Sekali terlupa atau diabaikan, boleh jadi efektivitasnya berkurang atau bahkan gagal menghindari pembuahan.

Berdasarkan tabel 2 tampaknya pemilihan alat kontrasepsi suntik terbanyak bagi ibu yang tinggal di perkotaan 60,7%, di pedesaan 68,4%. Alat kontrasepsi pil menjadi pilihan ke dua para ibu di kota maupun desa. Lainnya terbanyak adalah susuk, sebagian kecil menggunakan jamu.

Alasan Utama Tidak menggunakan KB

Dari jumlah WUS 20227, sebanyak 6178 (30,5%) menyatakan tidak menggunakan KB. Alasan utama tidak menggunakan KB dapat dilihat pada tabel 3.

Sebagian besar alasan utama tidak ber KB adalah ingin punya anak di perkotaan 27,0% responden, sedangkan di pedesaan 28,2%, alasan ke dua adalah takut efek samping di perkotaan 23,1%, di pedesaan 16,5%. Sedangkan alasan tidak ber KB karena memang tidak menginginkan 14,5%.

Tabel 3. Distribusi Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Alasan Utama Tidak Ber KB menurut Riskesdas Tahun 2010

| Alasan Utama Tidak ber-KB | Daerah | | Total |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Perkotaan | Perdesaan | |
| Dilarang pemasangan | 134 (4,2%) | 169 (5,6%) | 303 (4,3%) |
| Dilarang agama | 27 (0,9%) | 33 (1,1%) | 60 (1,0%) |
| Mahal | 51 (1,6%) | 74 (2,4%) | 125 (2,0%) |
| Sulit diperoleh | 9 (0,3%) | 51 (1,7%) | 60 (1,0%) |
| Belum punya anak | 11 (0,3%) | 8 (0,3%) | 19 (0,3%) |
| Ingin punya anak | 853 (27,0%) | 854 (28,2%) | 1707 (27,6%) |
| Takut efek samping | 728 (23,1%) | 498 (16,5%) | 1226 (19,8%) |
| Tidak menginginkan | 381 (12,1%) | 514 (17,0%) | 895 (14,5%) |
| Tidak perlu lagi | 313 (9,9%) | 306 (10,1%) | 619 (10,0%) |
| Lainnya | 647 (20,5%) | 517 (17,1%) | 1164 (18,8%) |
| Total | 3154 (100,0%) | 3024 (100,0%) | 6178 (100,0%) |

Tabel 4. Distribusi Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Perilaku Pencarian Pelayanan/Health Seeking Behavior Pelayanan KB Riskesdas Tahun 2010

| Tempat Mendapat Pelayanan KB | Daerah | | Total |
|------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Perkotaan | Perdesaan | |
| RS Pemerintah | 175 (2,5%) | 102 (1,4%) | 277 (2,0%) |
| RS swasta | 209 (3,0%) | 65 (0,9%) | 274 (2,0%) |
| RS Bersalin | 113 (1,6%) | 16 (0,2%) | 129 (0,9%) |
| Puskesmas | 787 (11,4%) | 907 (12,7%) | 1694 (12,1%) |
| Pustu | 158 (2,3%) | 533 (7,5%) | 691 (4,9%) |
| Klinik | 196 (2,8%) | 76 (1,1%) | 272 (1,9%) |
| TKBK/TMK | 45 (0,7%) | 75 (1,1%) | 120 (0,9%) |
| Dokter praktek | 203 (2,9%) | 94 (1,3%) | 297 (2,1%) |
| Bidan praktek | 3815 (55,2%) | 3870 (54,2%) | 7685 (54,7%) |
| Perawat praktek | 109 (1,6%) | 295 (4,1%) | 404 (2,9%) |
| Polindes/ Poskesdes | 134 (1,9%) | 499 (7,0%) | 633 (4,5%) |
| Lainnya | 969 (14,0%) | 604 (8,5%) | 1573 (11,2%) |
| Total | 6913 (100,0%) | 7136 (100,0%) | 14049 (100,0%) |

Sebagian besar alasan utama tidak ber KB ingin punya anak di perkotaan 27,0% responden, sedangkan di pedesaan 28,2%, alasan ke dua adalah takut efek samping di perkotaan 23,1%, di pedesaan 16,5%. Sedangkan alasan tidak ber KB karena memang tidak menginginkan 14,5%.

Sebagian besar ibu pernah hamil memilih tempat pelayanan pemasangan alat kontrasepsi/KB di bidan praktek, baik ibu yang tinggal di perkotaan 55,2% maupun yang tinggal di pedesaan 54,2%. Puskesmas menjadi pilihan ke dua 12,1% responden di pedesaan. (Lihat tabel 4)

Status bekerja ibu hamil mempunyai hubungan signifikan dengan akses pelayanan KB (rasio prevalensi 1,073). Ibu yang tidak bekerja memiliki akses pelayanan KB oleh tenaga kesehatan lebih tinggi dibandingkan ibu yang bekerja. Hal yang sama juga pada ibu dengan status pendidikan SLTA ke bawah (dengan rasio prevalensi Ratio 0,931) mendapatkan

akses pelayanan KB ke tenaga kesehatan lebih tinggi dibandingkan ibu pernah hamil dengan status pendidikan SLTA ke atas. (Tabel 5)

PEMBAHASAN

Secara karakteristik usia WUS yang paling dominan berada pada usia 20-39 tahun, pada usia reproduksi ini tingkat terjadinya kehamilan sangat tinggi. Pada usia ini secara fisik dan mental atau secara psikologis rahim sudah siap untuk dibuahi. Kesiapan dan kesehatan psikologis amat penting bagi pasangan yang ingin memiliki keturunan. Hal ini perlu karena suami dan istri memiliki tanggung jawab yang berat untuk bisa menjalani perannya sebagai orang tua. Menunda kehamilan harus didasari oleh alasan yang tepat dan bertanggung jawab seperti, demi kesehatan ibu, baik psikis maupun psikologis, dan anak. Selain kesiapan psikologis, kesiapan fisik juga mutlak dimiliki oleh perempuan yang merencanakan kehamilan. Dari sisi kesehatan, selama pasangan tidak memiliki penyakit yang memerlukan terapi dalam jangka waktu panjang, semestinya tidak melihat alasan untuk menunda kehamilan. Kehamilan sebaiknya ditunda jika ada penyakit yang di idap suami atau istri, yang bisa membahayakan kondisi janin maupun ibunya jika kehamilan terjadi (ICPD, 2007).

Hasil BPS pada tahun 2012 ditemukan bahwa rerata jumlah anak dalam setiap keluarga 2, 6 orang, yang berarti program KB kita menurun. Hal ini bila dibiarkan maka laju pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali, dan merupakan masalah demografi. *Total Fertility Rate* (TFR) meningkat, yang pada gilirannya akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan reproduksi. Program KB yang tidak terkendali, akan

menyebabkan kita terjebak dalam situasi yang sangat tidak menguntungkan, yaitu “Empat Terlalu”, yang terdiri dari Terlalu Muda, Terlalu Tua, Terlalu Sering dan Terlalu Banyak. Situasi inilah yang menimbulkan banyak kemungkinan adanya upaya aborsi dan kehamilan yang tidak diinginkan, dengan segala akibat buruknya. (BKKBN, 2007)

Dikaitkan dengan empat masalah besar di atas, upaya revitalisasi program KB akan berdampak lebih nyata dibandingkan dengan upaya perbaikan sarana dan prasarana pelayanan KIA lainnya. Bila kita dapat meningkatkan akses dan memperbaiki program KB, kita akan dapat mengurangi jumlah ibu hamil atau bumil, serta memperbaiki karakteristiknya dengan menghilangkan atau mengurangi aborsi, seperti kehamilan remaja, kehamilan usia lanjut, Grandemulti dan Kehamilan yang Terlalu Sering. Di samping kita juga dapat menghindari kehamilan yang tidak diinginkan. Dengan demikian, mereka yang hamil, akan memasuki proses reproduksi dalam keadaan fisik dan mental optimal, yang berarti pula bahwa kehamilannya itu direncanakan dan dikehendaki, serta didukung oleh keadaan gizi yang cukup. Menghadapi kelompok bumil semacam ini, proses pengamanannya tidak terlalu sulit. Pemerintah melalui Dinas Kesehatan dapat membantu mereka untuk mendapat akses kepada pelayanan kesehatan reproduksi yang baik secara tepat waktu, agar angka kematian ibu turun. (BKKBN, 2007)

Menurunnya kepesertaan masyarakat khususnya WUS dalam menggunakan KB, kemungkinan disebabkan program Keluarga Berencana kurang mendapat prioritas dari pemerintah, baik itu pemerintah pusat dan daerah. Hal tersebut terlihat dari pemotongan jumlah anggaran bagi program Keluarga

Tabel 5. Hubungan Karakteristik Responden dengan Akses Mendapatkan Pelayanan KB oleh Tenaga Kesehatan Berdasarkan Riskesdas 2010

| Variabel | Kategori | KB | | Total | Chi Square | Prevalence Ratio |
|----------------|---------------|--------------|--------------|----------------|------------|------------------|
| | | Ya | Tidak | | | |
| Pendidikan | SLTA ke atas | 4758 (66,3%) | 2422 (33,7%) | 7180 (100,0%) | p = 0,000 | 0,931 |
| | Di bawah SLTA | 9291 (71,2%) | 3756 (28,8%) | 13047 (100,0%) | | |
| Pekerjaan | Tidak bekerja | 7401 (71,8%) | 2900 (28,2%) | 10301 (100,0%) | p = 0,000 | 1,073 |
| | Bekerja | 6648 (67,0%) | 3278 (33,0%) | 9926 (100,0%) | | |
| Status Ekonomi | Kuintil 3–5 | 7400 (69,1%) | 3302 (30,9%) | 10702 (100,0%) | p = 0,316 | 0,991 |
| | Kuintil 1–2 | 6649 (69,8%) | 2876 (30,2%) | 9525 (100,0%) | | |

Berencana. Setelah orde baru runtuh kementerian yang menangani kependudukan ditiadakan, sehingga terjadi kesulitan berkoordinasi dengan kementerian lain apabila terjadi permasalahan penduduk. Kemungkinan lainnya karena promosi program KB yang dilakukan kurang tepat menggunakan teori perubahan perilaku. Pendekatan teori *Dissonance* dari Festinger mempunyai banyak keuntungan. Teori ini lebih banyak menekankan pada keseimbangan antara sebab atau alasan dan akibat dari suatu keputusan yang diambil. Selama ini pemerintah dalam upaya program promosi banyak menggunakan teori Green W Laurence (McDermott R.J. 1999, Notoatmojo, 2007).

Dari sisi ketersediaan jumlah tenaga bidan, dokter dan para medis yang mampu melayani program KB di Indonesia semestinya bukan merupakan masalah. Keberadaan bidan di setiap desa dari hasil Rifaskes 2011 sudah merata di seluruh Indonesia, bahkan ada beberapa yang memiliki dua bidan di setiap desa. Akses pelayanan KB oleh bidan cukup mendominasi hampir 54–56 persen WUS menggunakan jasa bidan dalam ber KB.

Akses pelayanan KB dapat memengaruhi masyarakat dalam pemilihan alat kontrasepsi, demikian pula dengan ketersediaan tenaga kesehatan dan prasarana fasilitas kesehatan. Tampak bahwa sebagian besar ibu pernah hamil memilih tempat pelayanan pemasangan alat kontrasepsi/KB di bidan praktek, baik ibu yang tinggal di perkotaan 55,2% maupun yang tinggal di pedesaan 54,2%. Puskesmas menjadi pilihan ke dua 12,1% responden pedesaan. Akses pelayanan KB di bidan praktek yang mendominasi pemilihan para ibu kemungkinan karena bidan praktek mudah di temukan masyarakat setempat, dan pemberi layanan biasanya bidan berjenis kelamin perempuan sehingga secara psikososial nyaman bagi para ibu. Temuan ini memberikan hasil hampir sama dengan survei oleh BPS pada tahun 2012.

Dari hasil analisis lanjut Riskesdas tahun 2010 bahwa pemilihan alat kontrasepsi suntik terbanyak bagi ibu yang tinggal di perkotaan 60,7%, di pedesaan 68,4%. Alat kontrasepsi pil menjadi pilihan ke dua para ibu di kota maupun desa. Lainnya terbanyak adalah susuk, sebagian kecil menggunakan jamu. Rupanya di Indonesia pemilihan jenis kontrasepsi suntik paling dominan dipilih, kemungkinan faktor kemudahan dan lama penggunaan. KB Suntik mempunyai rentang waktu efektivitas sampai 3 bulan dan mudah dan

praktis. Susuk juga menjadi pilihan ke tiga ibu ibu di Indonesia karena pengaruh social budaya setempat. Susuk dari hasil Riset etnografi budaya oleh Badan Litbangkes tahun 2012 pada etnis Madura diyakini mempunyai efek samping selain dapat mencegah kehamilan juga dapat mempercantik dan lebih memperkuat aura sang pemakai susuk.

Beberapa pertimbangan menyebutkan bahwa sebagian besar alasan utama tidak ber KB ingin punya anak di perkotaan 27,0% responden, sedangkan di pedesaan 28,2%, alasan ke dua adalah takut efek samping di perkotaan 23,1%, di pedesaan 16,5%. Sedangkan alasan tidak ber KB karena memang tidak perlu lagi 10,0%. Ternyata alasan tidak ber KB karena dilarang agama hanya di perkotaan 0,9%, di pedesaan 1,1%. Beberapa hal yang memang tidak boleh menggunakan KB terutama karena pertimbangan medis. Pada ibu yang persalinan sebelumnya dilakukan secara caesar, dianjurkan untuk tidak kembali hamil di bawah satu tahun, mengingat umumnya persalinan berikut juga berisiko di sesar. Karena sesar adalah tindakan operasi, sangat diperlukan istirahat fisik yang lebih panjang dibanding persalinan normal. Ada beragam alasan mengapa seorang ibu menunda kehamilan berikutnya setelah anak pertama lahir. Namun, apa pun alasannya, hal yang perlu dipertimbangkan agar penundaan ini berjalan lancar adalah mengatur jarak kehamilan. Idealnya, jarak waktu antarkehamilan adalah 2 tahunan. Pertimbangannya, masa tersebut cukup panjang (tapi juga tidak terlalu lama) untuk membangun kesiapan, baik fisik, psikis, maupun finansial.

Mengenai jarak antarkehamilan ini, sebuah penelitian yang dilakukan *Center for Disease Control and Prevention* menyebutkan, sebenarnya jarak antarkehamilan yang ideal adalah 18–23 bulan karena tubuh ibu sudah kembali dalam kondisi yang baik. Riset tersebut juga menyebutkan, jarak kehamilan yang terlalu dekat berisiko bagi kesehatan janin. Begitu juga jika jarak antarkehamilan terlalu jauh. Risiko keduanya, antara lain mengakibatkan bayi lahir prematur dan berat badan rendah. Pentingnya memerhatikan jarak ideal tak hanya berlaku untuk kehamilan kedua, tapi juga kehamilan ketiga, dan seterusnya (ICPD, 2007).

Perlu juga dipertimbangkan faktor usia, hamil di usia 35 tahun atau lebih semakin meningkatkan risikonya. Perhitungan jarak kehamilan ini juga harus

melibatkan usia sambil mempertimbangkan jumlah anak yang memang direncanakan.

Kegagalan dalam upaya mengatur jarak kehamilan dapat berakibat pada kehamilan yang tidak diinginkan. Tindakan aborsi menjadi penyumbang tingginya angka kematian ibu dan bayi. Rendahnya penurunan angka kematian ibu global tersebut merupakan cerminan belum adanya penurunan angka kematian ibu secara bermakna di negara-negara yang angka kematian ibunya rendah. Artinya, negara-negara dengan angka kematian ibu tinggi belum menunjukkan kemajuan berarti dalam 15 tahun terakhir ini. Perkiraan angka kematian ibu menurut WHO, menunjukkan bahwa sementara peningkatan terjadi di negara dengan pendapatan menengah. Penurunan angka kematian ibu selama periode 1990–2005 di Sub-Sahara Afrika hanya 0,1% per tahun. Selama periode 1990–2005 juga belum ada kawasan yang mampu mencapai penurunan angka kematian ibu per tahun hingga 5,5%. Hanya Asia Timur yang penurunannya telah mendekati target yakni 4,2% per tahun serta Afrika Utara, Asia Tenggara, Amerika Latin dan Karibia mengalami penurunan yang jauh lebih besar dari Sub-Sahara Afrika. Selain itu disebutkan pula bahwa lebih dari satu setengah kematian ibu (270.000) terjadi di kawasan Sub-Sahara Afrika dan 188 ribunya di Asia Selatan sehingga jika digabungkan kontribusi kedua kawasan terhadap angka kematian ibu dunia pada 2005 mencapai 86%. Angka Kematian Ibu di Asia Tenggara paling tinggi di dunia. Para ahli dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan menteri kesehatan negara-negara Asia Tenggara yang bertemu di New Delhi, India, pada 8–11 September 2008, melakukan pembahasan khusus tentang angka kematian ibu di kawasan Asia Tenggara yang tergolong masih tinggi. (Antaraneews.com, 2009)

WHO 2010 menyebutkan kematian ibu di kawasan Asia Tenggara menyumbang hampir sepertiga jumlah kematian ibu dan anak global. WHO memperkirakan, sebanyak 37 juta kelahiran terjadi di kawasan Asia Tenggara setiap tahun, sementara total kematian ibu dan bayi baru lahir di kawasan ini diperkirakan berturut-turut 170 ribu dan 1,3 juta per tahun. Sebanyak 98% dari seluruh kematian ibu dan anak di kawasan ini terjadi di India, Bangladesh, Indonesia, Nepal dan Myanmar. Dalam hal ini, hampir semua negara anggota telah berupaya menurunkan kematian ibu dan anak dengan meningkatkan penyediaan pelayanan

kelahiran oleh tenaga kesehatan terampil. Namun demikian, semua negara masih harus bekerja keras untuk mewujudkan akses universal pelayanan persalinan berkualitas oleh tenaga kesehatan terampil supaya bisa mencapai target tujuan pembangunan milenium (MDGs), menurunkan separuh angka kematian ibu dan anak tahun 1990 menjadi pada 2015. (BPS, 2012)

Akses pelayanan program KB dirasa dianggap kurang memadai, karena tidak semua Posyandu di pedesaan di bekali dengan infrastruktur dan keahlian pemeriksaan KB, ditambah lagi dengan kurangnya presentasi tentang pengetahuan KB di daerah pedesaan, sehingga kebanyakan masyarakat Indonesia yang berdomisili di pedesaan masih kurang pengetahuan tentang Program KB dan manfaatnya. Masih adanya Stigma di masyarakat bahwa banyak anak banyak rezeki, padahal zaman semakin maju dan harus diimbangi dengan pemikiran logis dengan sumber daya alam yang semakin berkurang.

Pemerintah telah mengeluarkan Undang-Undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga yang menggantikan Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera dapat dijadikan sebagai *grand design* dalam pengendalian laju pertumbuhan penduduk. Kehadiran UU ini disesuaikan dengan perubahan sistem pemerintahan di dalam negeri dari pemerintahan sentralistik ke desentralisasi. Konsekuensinya, arah pembangunan dapat berorientasi pada pembangunan berwawasan kependudukan yang menekankan pada kualitas SDM dalam pembangunan daerah berbasis kompetensi.

Tujuan program Kependudukan dan Keluarga Berencana (KB), selain meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak, juga menekan laju pertumbuhan penduduk. Laju pertumbuhan penduduk akan menjadi masalah yang besar jika tidak ditangani secara serius, karena pertumbuhan penduduk yang tinggi tanpa disertai penambahan produksi akan menjadi beban yang berat bagi pemerintah daerah.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Para ibu lebih banyak memanfaatkan akses pelayanan KB di bidan praktek, memilih tempat pelayanan pemasangan alat kontrasepsi/KB di bidan

praktek. Puskesmas menjadi pilihan ke dua responden dibandingkan fasilitas kesehatan lainnya.

WUS yang mempunyai jumlah anak 3–4 hampir seperempat persen dari responden. Sebagian besar alasan utama tidak ber KB adalah ingin punya anak di perkotaan 27,0%, sedangkan di pedesaan 28,2%, alasan ke dua adalah takut efek samping di perkotaan 23,1%, di pedesaan 16,5%. Sedangkan alasan tidak ber KB karena memang tidak menginginkan 14,5%. Aksesibilitas pelayanan KB ini dirasa dianggap kurang memadai, karena tidak semua Posyandu di pedesaan di bekali dengan infrastruktur dan keahlian pemeriksaan KB, ditambah lagi dengan kurangnya pengetahuan KB di daerah pedesaan, sehingga kebanyakan masyarakat Indonesia yang berdomisili di pedesaan masih kurang pengetahuannya tentang Program KB dan manfaatnya. Mereka masih memiliki stigma “banyak anak banyak rezeki”, dengan pendidikan WUS sebagian besar tamat SD, maka perlu pendekatan yang lebih intensif dalam melakukan upaya promosi sesuai sasaran.

Aksesibilitas pelayanan KB mempunyai hubungan dengan tingkat pendidikan, dan status pekerjaan, hal ini juga memengaruhi *health seeking behavior* WUS dalam pelayanan KB terutama fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, bidan praktek maupun bidan desa.

Saran

Diperlukan peningkatan komitmen pemerintah daerah, lintas sektor, NGO's dan stakeholder politik dalam peningkatan aksesibilitas pelayanan keluarga berencana terutama sosialisasi pada kelompok remaja agar kelak menjadi remaja dewasa yang bertanggung jawab dengan mempersiapkan jumlah anak dan jarak kehamilan yang sehat. Remaja ini diharapkan mempunyai akses yang cukup untuk memperoleh pengetahuan tentang keluarga berencana, kesehatan reproduksi dan dengan demikian nantinya mempunyai kebiasaan pola pencarian pelayanan kesehatan reproduksi ke fasilitas kesehatan.

Diperlukan upaya promotif program Keluarga Berencana (KB) dengan pendekatan teori *Dissonance* dengan pendekatan keseimbangan.

Upaya promosi juga ditekankan pada pengaturan kelahiran memiliki benefit (keuntungan) kesehatan yang nyata, salah satu contoh pil kontrasepsi dapat mencegah terjadinya kanker uterus dan ovarium,

penggunaan kondom dapat mencegah penularan penyakit menular seksual, seperti HIV. Meskipun penggunaan alat/obat kontrasepsi mempunyai efek samping dan risiko yang terkadang merugikan kesehatan, namun demikian manfaat penggunaan alat/obat kontrasepsi tersebut akan lebih besar dibanding tidak menggunakan kontrasepsi yang memberikan risiko kesakitan dan kematian maternal.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik RI. Macro Internasional, USAID. 2007. Laporan Survei Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2007. Badan Pusat Statistik RI. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik RI., Macro Internasional, USAID., 2012. Laporan Survei Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2012. Badan Pusat Statistik RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Gulliford, Martin, Jose Figueroa-Munoz, Myfanwy Morgan, David Hughes, Barry Gibson¹, Roger Beech², Meryl Hudson, 2002. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy*, Volume 7 No. 3 July 2002.
- ICPD. 2007. Pertemuan antara BKKBN Pusat dengan Pimpinan Pikiran Rakyat, Bandung.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Kebijakan Jaminan Persalinan. Mediakom edisi 29/April 2011. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Percepatan Penurunan AKI dan AKB. Mediakom edisi 29/April 2011. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Buku seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak, Etnik Madura Desa Jrengan Kecamatan Omben Kabupaten Sampang, Provinsi Jawa Timur. Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Lokakarya Peranan OBGINSOS dalam MPS: PIT Mataram (DepKes), Simposium Keluarga Berencana: PIT Mataram (BKKBN).
- McDermott R.J. 1999. Inside The Academy: Profiling Dr. Lawrence W. Green. *American Journal of Health Behavior*, Volume 23, halaman 3–6.
- Soekidjo Notoatmodjo. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Rineka Cipta. Jakarta.
- William Dunn. 2000. Pengantar Analisis Kebijakan Publik (second edition) (terjemahan). Gadjah Mada University Press. Jogjakarta.
- World Health Organization. 2010. Family Planning Report 2nd edition.