

Penggunaan Kontrasepsi pada Remaja Perempuan Kawin di Indonesia (Analisis Riskesdas 2013)

CONTRACEPTIVE USE AMONG MARRIED FEMALE ADOLESCENTS IN INDONESIA (ANALYSIS OF RISKESDAS 2013)

Anissa Rizkianti, Nurillah Amaliah, dan Rika Rachmalina

Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat
Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560, Indonesia
Email: anissa.rizkianti@yahoo.com

Submitted : 7-8-2017, Revised : 11-10-2016, Revised : 11-10-2017, Accepted : 4-12-2017

Abstract

Adolescent pregnancy has been highlighted in various parts of the world including access to contraceptive use among married teenagers. This is an advanced analysis of secondary data of Riskesdas 2013 that aims to identify contraceptive use among married adolescents in Indonesia. The data used in multilevel logistic regression analysis consist of demographic characteristics of adolescents, parity, availability of health services and the use of health insurance.. The results showed that 54.2% of married adolescents women or their partners used any method of contraception. Age, education level, socioeconomic status and the use of health insurance have significant relationships to contraceptive use after adjusted by the type of residence, parity and availability of health services. Adolescent aged above 17 years (OR=1.49, 95% CI 1.25 to 1.79) and had higher socio-economic status (ORkuintil 5=1.62, 95% CI 1,19- 2.22) were more likely to use contraception, while young women with higher school education (OR= 0.73; 95% CI .58-.91) as well as used health insurance (OR=0.72; 95 % CI 0.60 to 0.86) had smaller probability in contraceptive use. Fulfillment of adolescent access to contraception is expected to focus not only on increasing of knowledge but also purchasing power, which is through the utilisation of health insurance.

Key words: contraception, married adolescents, Riskesdas

Abstrak

Kehamilan remaja telah menjadi sorotan di berbagai belahan dunia, termasuk akses terhadap penggunaan kontrasepsi pada remaja kawin. Studi ini merupakan analisis lanjut Riskesdas 2013 untuk mengetahui penggunaan kontrasepsi pada remaja kawin di Indonesia. Data yang digunakan dalam analisis regresi logistik multi level terdiri atas karakteristik demografi remaja, paritas, ketersediaan pelayanan kesehatan serta penggunaan jaminan kesehatan. Subjek adalah seluruh remaja perempuan berusia 15-19 tahun yang berstatus kawin dan aktif secara seksual. Hasil menunjukkan bahwa sebanyak 54,2% remaja perempuan berstatus kawin maupun pasangannya menggunakan kontrasepsi. Berdasarkan analisis multivariat, umur, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi dan penggunaan jaminan kesehatan memiliki hubungan yang bermakna terhadap penggunaan kontrasepsi setelah dikontrol oleh variabel wilayah tempat tinggal, paritas dan ketersediaan pelayanan kesehatan. Remaja perempuan dengan umur di atas 17 tahun (OR=1,49, 95% CI 1,25-1,79) serta memiliki status sosio-ekonomi yang semakin tinggi (ORkuintil 5=1,62, 95% CI 1,19-2,22) berpeluang lebih besar untuk menggunakan kontrasepsi, sedangkan remaja perempuan dengan pendidikan SMA ke atas (OR=0,73; 95% CI 0,58-0,91) serta yang menggunakan jaminan kesehatan (OR=0,72; 95% CI 0,60-0,86) justru memiliki probabilitas lebih kecil untuk memakai alat/cara Keluarga Berencana (KB). Pemenuhan akses remaja terhadap kontrasepsi diharapkan tidak hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan remaja melainkan juga peningkatan daya beli, salah satunya melalui pemanfaatan jaminan kesehatan.

Kata kunci: kontrasepsi, remaja kawin, Riskesdas

PENDAHULUAN

Kehamilan pada remaja merupakan salah satu isu kesehatan yang kompleks dan telah menjadi perhatian berbagai negara di dunia. Penanganan kehamilan pada remaja tidak hanya sebatas meningkatkan pengetahuan tentang hubungan seksual dan kesehatan reproduksi, melainkan juga mengupayakan akses mereka terhadap pelayanan kesehatan. Kehamilan pada remaja sering kali merupakan kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*). Dampaknya tentu saja adalah tindakan aborsi yang dilakukan secara paksa dan tidak aman (*unsafe abortion*). Di beberapa negara berkembang, termasuk Indonesia, komplikasi kehamilan dan *unsafe abortion* masih menjadi penyebab utama kematian remaja perempuan 15-19 tahun.¹ Untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk sekaligus menurunkan angka kematian ibu tersebut, maka sejumlah upaya intervensi telah dilakukan, salah satunya adalah dengan menggalakkan program Keluarga Berencana (KB) melalui penggunaan kontrasepsi. Setiap tahun, diperkirakan hampir 1 juta perempuan berusia remaja mengalami persalinan.¹ Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) mencatat adanya peningkatan *Age Specific Fertility Rate* (ASFR) pada perempuan usia 15-19 tahun yaitu dari 39 kelahiran hidup per 1000 wanita kawin pada tahun 2007 menjadi 48 kelahiran hidup per 1000 wanita kawin pada tahun 2012.^{1,2} Di sisi lain, penggunaan kontrasepsi di Indonesia menunjukkan tren yang meningkat selama beberapa tahun. Berdasarkan laporan SDKI tahun 2012, diketahui bahwa prevalensi pemakaian alat kontrasepsi atau *Contraception Prevalence Rate* (CPR) secara nasional mencapai 62%.² Angka ini cukup tinggi dibandingkan tahun 1997 yang telah mencapai lebih dari 55%.³ Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 juga menunjukkan adanya peningkatan penggunaan KB secara nasional yaitu dari 55,8% (2010) menjadi 59,7% (2013) dengan dominasi penggunaan kontrasepsi non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) hampir 50%.

Akan tetapi, permasalahan saat ini adalah belum tercapainya target pencapaian *unmet need* pada wanita usia subur (WUS) sebesar

6,5%.⁴ Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa masih ada sekitar 11% wanita pernah kawin yang kebutuhan kontrasepsinya tidak terpenuhi.² Padahal saat ini tercatat sekitar 75% wanita kawin yang memerlukan pelayanan KB, namun baru 85% di antaranya yang baru terpenuhi.⁵ Hal ini menunjukkan adanya kegagalan dalam pengambilan keputusan terutama pada perempuan untuk mencegah dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan. WUS yang tidak menggunakan kontrasepsi tentu saja akan berpeluang besar untuk hamil serta mengalami komplikasi dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas karena jarak hamil yang terlalu dekat atau melahirkan yang terlalu sering.

Beberapa penelitian telah mengungkapkan beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi, terutama pada WUS di negara-negara berkembang. Sejumlah penelitian di India dan Bangladesh, sebagai contoh, menemukan bahwa tingkat pendidikan, jumlah anak serta status ekonomi menjadi determinan penting pada penggunaan dan pemilihan metode kontrasepsi.⁵ Sementara itu, hasil penelitian di Afrika menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, lokasi tempat tinggal, dan status kawin adalah sejumlah prediktor terkait penggunaan kontrasepsi pada remaja perempuan yang aktif secara seksual.⁵ Oleh sebab itu, peningkatan kualitas dan cakupan informasi serta pelayanan kontrasepsi pada seluruh kelompok WUS, tak terkecuali pada remaja perempuan, menjadi kebutuhan sekaligus tantangan program KB saat ini. Studi ini bertujuan untuk mengetahui penggunaan kontrasepsi pada remaja kawin di Indonesia, sehingga dapat menjadi bahan masukan bagi *stakeholders* dalam menyiapkan strategi intervensi program kesehatan reproduksi yang tepat dan efektif.

BAHAN DAN METODE

Studi ini merupakan analisis lanjut data Riskesdas tahun 2013 yang merupakan survei dengan desain penelitian potong lintang (*cross-sectional*). Populasi studi adalah seluruh remaja perempuan berusia 15-19 tahun, sedangkan sampel adalah remaja perempuan berusia 15-19 tahun yang aktif secara seksual (*sexually active*)

Remaja yang aktif secara seksual adalah mereka yang pada saat pencacahan berstatus kawin yang sah baik secara hukum, adat, agama atau negara. Kriteria inklusi sampel adalah remaja perempuan yang berstatus kawin. Sementara itu, kriteria eksklusi sampel adalah remaja perempuan yang dalam kondisi sedang hamil saat wawancara berlangsung. Jumlah sampel terpilih adalah sebanyak 2.457 remaja wanita usia subur (WUS) 15-19 tahun dari 191.818 WUS yang berstatus kawin di 33 provinsi di Indonesia.

Variabel yang akan dianalisis mencakup variabel terikat dan bebas. Variabel terikat adalah penggunaan alat/cara KB saat ini yang ditujukan untuk mencegah dan menunda kehamilan, baik oleh responden remaja perempuan maupun pasangannya, sedangkan variabel bebas terdiri dari umur, pendidikan, wilayah tempat tinggal, paritas, status ekonomi, ketersediaan pelayanan kesehatan dan kepemilikan jaminan kesehatan. Khusus untuk variabel status sosial ekonomi, indikator dikembangkan melalui pendekatan perhitungan komposit indeks kepemilikan atau aset yang terdapat dalam Blok Pemukiman dan

Ekonomi. Seluruh informasi dari kedua jenis variabel tersebut dikumpulkan menggunakan kuesioner melalui wawancara terstruktur terhadap responden. Penjelasan lebih lanjut mengenai variabel dapat dilihat pada Tabel 1. Variabel yang telah dipilih kemudian dianalisis dalam beberapa tahap yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis data dilakukan dengan mempertimbangkan bobot sampel (*weight*), *Primary Sampling Unit* (PSU) dan *strata*. Deskripsi jenis metode kontrasepsi yang digunakan oleh remaja perempuan juga ditampilkan dalam bentuk grafik. Analisis multivariat berupa uji regresi logistik dilakukan untuk mendapatkan estimasi faktor yang berpengaruh pada penggunaan kontrasepsi.

Pertimbangan etik

Survei Riskesdas 2013 telah mendapat persetujuan etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbangkes (nomor LB.02.01/5.2/KE.006/2013). Data yang digunakan dalam analisis ini diperoleh dari Laboratorium Manajemen Data, Badan Litbangkes.

Tabel 1. Deskripsi Variabel Studi

Variabel	Definisi	Hasil ukur
Penggunaan kontrasepsi	Penggunaan alat/cara KB saat ini baik oleh responden maupun pasangannya, yang ditujukan untuk mencegah dan menunda kehamilan	0 = Tidak 1 = Ya
Umur	Umur responden pada saat wawancara berlangsung dan dihitung dalam tahun	0 = \leq 17 tahun 1 = $>$ 17 tahun
Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang ditempuh responden hingga tamat/lulus	0 = $<$ SMA 1 = \geq SMA
Wilayah tempat tinggal	Klasifikasi wilayah tempat tinggal responden	0 = Perdesaan 1 = Perkotaan
Status sosial ekonomi	Status sosial ekonomi responden yang dihitung berdasarkan indeks kuintil kepemilikan atau aset yang dimiliki dalam rumah tangga	0 = Kuintil 1 1 = Kuintil 2 2 = Kuintil 3 3 = Kuintil 4 4 = Kuintil 5
Paritas	Jumlah anak lahir hidup yang dimiliki oleh responden	0 = 1 anak 1 = 2 anak atau lebih
Ketersediaan pelayanan kesehatan	Keberadaan fasilitas kesehatan yang terdiri dari rumah sakit pemerintah dan swasta, puskesmas atau puskesmas pembantu (pustu), praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, posyandu, poskesdes atau poskestren, dan polindes yang diketahui oleh responden	0 = Tidak ada 1 = Ada
Penggunaan jaminan kesehatan	Adanya jaminan kesehatan yang dimiliki dan dimanfaatkan oleh responden, baik berupa asuransi kesehatan, Jamkesmas atau Jamkesda	0 = Tidak menggunakan 1 = Menggunakan

Tabel 2. Proporsi Penggunaan Kontrasepsi Berdasarkan Karakteristik Remaja Perempuan Kawin, Riskesdas 2013

Variabel	N	Penggunaan kontrasepsi (%)	
		Ya	Tidak
Umur			
≤ 17 tahun	736	50,5	49,5
> 17 tahun	1721	55,8	44,2
Pendidikan			
< SMA	2035	54,3	45,7
≥ SMA	422	53,3	46,7
Wilayah tempat tinggal			
Perdesaan	1686	53,8	46,2
Perkotaan	771	54,9	45,1
Status ekonomi			
Kuintil 1	733	49,4	50,6
Kuintil 2	625	54,9	45,1
Kuintil 3	506	57,1	42,9
Kuintil 4	365	54,6	45,4
Kuintil 5	228	56,2	43,8
Paritas			
1 anak	1394	71,3	28,7
2 anak atau lebih	171	73,6	26,4
Ketersediaan pelayanan kesehatan			
Ada	2430	54,3	45,7
Tidak ada	27	40,1	59,9
Penggunaan jaminan kesehatan			
Ya	775	52,0	48,0
Tidak	1682	54,9	45,1
Total	2457	54,2	45,8

HASIL

Gambaran Penggunaan Kontrasepsi

Proporsi penggunaan kontrasepsi berdasarkan karakteristik responden disajikan dalam Tabel 2. Jika dilihat dari karakteristik demografi, remaja perempuan kawin berumur lebih dari 17 tahun, berpendidikan di bawah SMA, tinggal di perkotaan dan memiliki status sosial ekonomi lebih tinggi (kuintil 3-5) lebih banyak menggunakan kontrasepsi. Selain itu, proporsi penggunaan kontrasepsi juga lebih tinggi pada remaja perempuan kawin yang memiliki lebih dari satu anak. Pada variabel akses terhadap pelayanan kesehatan, remaja perempuan kawin yang mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan di sekitar tempat tinggal cenderung lebih banyak menggunakan kontrasepsi, sementara mereka yang tidak menggunakan jaminan kesehatan justru yang lebih tinggi proporsinya dalam penggunaan kontrasepsi.

Gambaran distribusi jenis dan metode kontrasepsi yang digunakan oleh remaja disajikan pada Gambar 1. Secara umum, 93,8% remaja menggunakan metode kontrasepsi kelompok yang

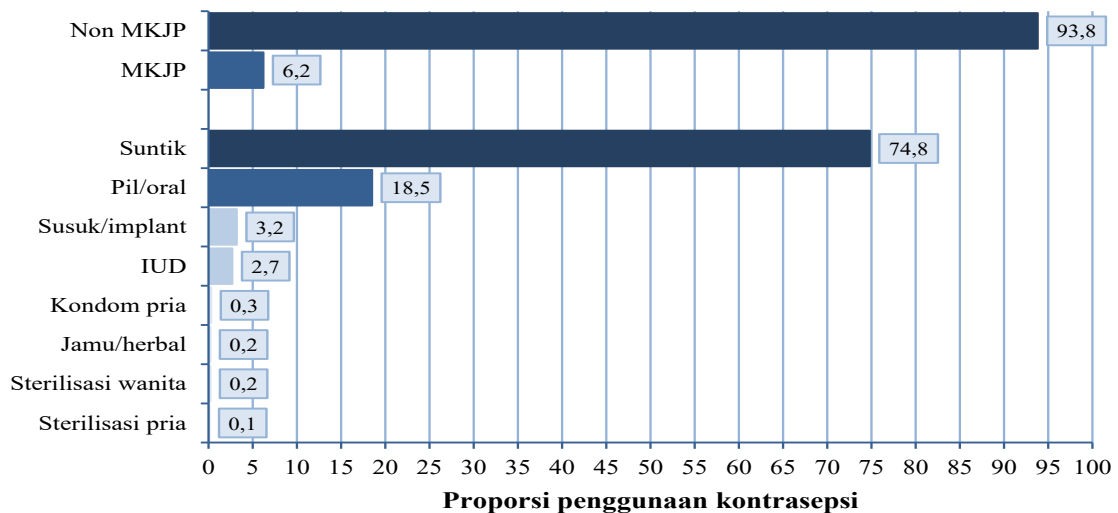
bukan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) di antaranya metode suntik (74,8%), pil/KB oral (18,5%) dan sisanya berupa kondom dan jamu, yang masing-masing persentasenya kurang dari 1%. Sedangkan remaja yang menggunakan MKJP adalah sebanyak 3,2% menggunakan susuk/implant dan 2,7% menggunakan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).

Hasil Analisis Multilevel

Tabel 3 menunjukkan hasil analisis bivariat dan multivariat yang menggambarkan faktor determinan penggunaan kontrasepsi pada remaja. Berdasarkan hasil analisis bivariat, maka dapat dilihat bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penggunaan kontrasepsi dengan seluruh variabel bebas yang dianalisis. Namun demikian, pada model akhir multivariat terlihat bahwa hanya variabel umur, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi dan penggunaan jaminan kesehatan yang memiliki hubungan bermakna terhadap penggunaan kontrasepsi, setelah dikontrol oleh variabel wilayah tempat tinggal, paritas dan ketersediaan pelayanan kesehatan. Remaja perempuan kawin berusia lebih

dari 17 tahun berpeluang 1,49 kali lebih besar untuk menggunakan alat/cara KB dibandingkan mereka yang berusia lebih muda. Di samping itu, semakin tinggi status sosial ekonomi remaja, maka akan lebih cenderung menggunakan kontrasepsi, dimana terlihat bahwa remaja dengan status sosial ekonomi paling tinggi (kuintil 5) berpeluang 1,62 kali lebih besar untuk memakai alat kontrasepsi. Namun

demikian, berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat bahwa remaja berpendidikan minimal SMA memiliki proporsi 27% lebih rendah dalam penggunaan kontrasepsi dibandingkan dengan remaja yang memiliki pendidikan lebih rendah (OR=0,73; 95% CI 0,58-0,91), sedangkan remaja yang menggunakan jaminan kesehatan berpeluang 28% lebih kecil untuk memakai alat/cara KB (OR=0,72; 95% CI 0,60-0,86).



Gambar 1. Metode Kontrasepsi yang Digunakan oleh Remaja Perempuan Kawin, Riskesdas 2013

Tabel 3. Hasil Analisis Multivariat Faktor Determinan Penggunaan Kontrasepsi pada Remaja Perempuan Kawin di Indonesia, Riskesdas 2013

Variabel	Crude ORa	(95% CI)a	Adjusted ORb,c	(95% CI)
Umur				
≤ 17 tahun	1,00		1,00	
> 17 tahun	1,24***	1,22 - 1,25	1,49***	1,25 - 1,79
Pendidikan				
< SMA	1,00		1,00	
≥ SMA	0,96***	0,95 - 0,97	0,73***	0,58 - 0,91
Wilayah tempat tinggal				
Perdesaan	1,00			
Perkotaan	1,05***	1,04 - 1,06		
Status ekonomi				
Kuintil 1	1,00		1,00	
Kuintil 2	1,25***	1,23 - 1,26	1,54***	1,24 - 1,92
Kuintil 3	1,36***	1,35 - 1,39	1,50***	1,19 - 1,90
Kuintil 4	1,23***	1,21 - 1,25	1,46***	1,13 - 1,90
Kuintil 5	1,31***	1,29 - 1,34	1,62***	1,19 - 2,22
Paritas				
1 anak	1,00			
2 anak atau lebih	1,13***	1,10 - 1,15		
Ketersediaan pelayanan kesehatan				
Tidak ada	1,00			
Ada	1,77***	1,67 - 1,88		
Penggunaan jaminan kesehatan				
Tidak	1,00		1,00	
Ya	0,89***	0,88 - 0,90	0,72***	0,60 - 0,86

PEMBAHASAN

Penggunaan kontrasepsi pada remaja kawin

Studi ini menunjukkan bahwa proporsi penggunaan kontrasepsi pada remaja kawin adalah 54,2%. Angka ini masih relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan angka yang diperoleh dari data SDKI, yaitu 61,9%.⁶ Sementara itu, penggunaan kontrasepsi pada remaja kawin di negara Asia lainnya seperti Kamboja, Filipina dan Bangladesh berkisar antara 30-55%.⁷⁻⁹

Maraknya fenomena pernikahan dini di kalangan remaja saat ini memunculkan permasalahan demografi yang cukup serius. Semakin panjang masa reproduksi seorang wanita karena menikah terlalu muda, semakin banyak jumlah anak yang akan dilahirkan. Hal ini tentu saja akan berdampak terhadap peningkatan angka kelahiran. Menurut laporan SDKI 2007 dan 2012, angka kelahiran menurut kelompok umur (*Age Specific Fertility Rate*) khusus remaja 15-19 tahun di Indonesia mengalami peningkatan yaitu dari 35 per 1000 wanita usia 15-19 tahun menjadi 48 per 1000 wanita usia 15-19 tahun. Oleh sebab itu, penggunaan kontrasepsi dinilai sangat penting untuk menjarangkan dan membatasi kehamilan.

Pemakaian alat atau cara KB pada remaja perempuan kawin di Indonesia masih didominasi oleh kontrasepsi modern jangka pendek. Dalam studi ini, kontrasepsi non MKJP yang paling banyak digunakan antara lain suntik dan kontrasepsi oral (pil). Sebagaimana yang disebutkan dalam penelitian Chacko et.al, sebagian perempuan yang menggunakan kontrasepsi jangka pendek lebih cenderung percaya bahwa MKJP kurang efektif dalam mencegah kehamilan.¹⁰ Metode ini juga dinilai memiliki beberapa efek samping, di antaranya risiko penyakit radang panggul atau *Pelvic Inflammatory Disease* (PID) dan infertilitas pada pengguna IUD¹¹, serta pendarahan yang tidak teratur pada pengguna susuk KB.¹²

Kurangnya pengetahuan terhadap manfaat dan efektivitas MKJP juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi rendahnya penggunaan MKJP di kalangan remaja. Hasil penelitian Aguzu et al di Uganda yang dilakukan pada WUS mengungkapkan bahwa faktor pengetahuan responden mengenai KB MKJP mempunyai kaitan terhadap penggunaan KB MKJP.¹³ Pengetahuan yang diukur dalam penelitian ini meliputi durasi perlindungan efektif IUD, implan dan alat kontrasepsi suntik dari kehamilan

serta pengetahuan tentang tempat pemberian kontrasepsi IUD, implan dan suntik.¹³ Tibaijuka et al juga mengungkapkan bahwa salah satu faktor penting dalam pemilihan metode kontrasepsi adalah karakteristik pribadi responden yaitu pengetahuan dan persepsi tentang kontrasepsi serta jumlah anak.¹⁴ Alasan paling umum untuk memilih metode MKJP adalah perlindungan yang lebih lama, jarak anak yang lebih baik dan efektivitas kontrasepsi, sedangkan alasan paling umum untuk tidak memilih MKJP adalah responden berkeinginan hamil dalam waktu dekat.¹⁴ Alasan paling umum untuk memilih metode non MKJP adalah kemudahan akses, biaya rendah dan dirasakan lebih sedikit efek samping, serta adanya kebebasan untuk berhenti menggunakan metode tanpa melibatkan penyedia layanan kesehatan).¹⁴ Selain itu, ketidaknyamanan atau sakit yang dirasakan pada saat pemasangan alat atau cara KB berperan terhadap keputusan remaja untuk menggunakan MKJP.¹¹ Hambatan lainnya antara lain alasan biaya dan sulitnya akses terhadap metode.¹⁵

Namun demikian, beberapa studi melaporkan bahwa MKJP terbukti lebih aman dan efektif bagi kebanyakan remaja, karena populasi ini cenderung untuk tidak konsisten dan patuh dalam menggunakan alat/cara KB hormonal jangka pendek seperti pil KB atau suntik.^{16,17} Penelitian Winner et.al sebagai contoh, menemukan bahwa tingkat kegagalan di antara remaja yang menggunakan alat atau cara KB berupa pil adalah 4,55 per 100 peserta tahun, dibandingkan dengan 0,27 untuk mereka yang menggunakan IUD atau *implant*.¹⁵

Di samping itu, kontrasepsi oral diketahui juga memiliki efek samping terhadap kesehatan menjadi perhatian dan dapat menjadi pertimbangan bagi para penggunanya dalam mengambil keputusan untuk lanjut menggunakan atau tidak. Berbagai studi yang telah dilakukan menunjukkan hasil yang tidak konsisten terkait efek penggunaan kontrasepsi oral terhadap komposisi mineral tulang. Studi yang dilakukan pada wanita usia 18-25 tahun di Amerika melaporkan bahwa wanita yang pernah menggunakan kontrasepsi oral mempunyai kepadatan mineral tulang lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak pernah menggunakan.¹⁸ Namun hasil dari sebuah *systematic review* menjelaskan bahwa terdapat efek positif penggunaan kontrasepsi terhadap kepadatan tulang pada wanita sehat usia

premenopause.¹⁹

Peningkatan berat badan sering kali dihubungkan sebagai efek samping dari penggunaan kontrasepsi oral. Namun hasil yang diperoleh dari *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003* menunjukkan bahwa penelitian *randomized controlled trials* yang telah dilakukan tidak menemukan hubungan sebab akibat dari penggunaan kombinasi kontrasepsi oral dengan penambahan berat badan.²⁰ Studi tersebut mempertegas tidak adanya perbedaan dalam berat badan antara kelompok yang menggunakan kontrasepsi oral dengan kelompok yang tidak menggunakan.²⁰

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi

Hasil analisis multivariat dalam studi ini memperlihatkan beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi pada remaja perempuan kawin di Indonesia. Terlihat bahwa proporsi penggunaan kontrasepsi semakin meningkat pada remaja yang berusia lebih tua (>17 tahun), berpendidikan rendah atau setingkat SMP ke bawah, memiliki status ekonomi yang lebih tinggi serta tidak menggunakan jaminan kesehatan apapun.

Pada studi ini, faktor sosiodemografi yang dianalisis antara lain umur, pendidikan dan status ekonomi. Analisis terhadap variabel umur dilakukan guna melihat adanya pengaruh usia terhadap penggunaan kontrasepsi. Studi ini menunjukkan bahwa remaja perempuan kawin berusia lebih dari 17 tahun memiliki peluang lebih besar untuk menggunakan alat/cara KB dibandingkan mereka yang berusia lebih muda. Menurut Chacko et.al, remaja yang aktif secara seksual lebih cenderung mencari kontrasepsi jika sudah berusia lebih tua.²¹ Disebutkan pula di dalam penelitian Magnusson et. al bahwa perempuan yang berusia lebih tua cenderung memiliki hubungan yang lebih stabil, sehingga dimungkinkan untuk menunda kehamilan.²²

Penggunaan kontrasepsi yang cenderung lebih tinggi pada responden yang berpendidikan rendah (SMA ke bawah) mendemonstrasikan bahwa tingkat pendidikan formal tidak selalu mempengaruhi keputusan remaja untuk menggunakan kontrasepsi. Hasil ini konsisten jika dibandingkan dengan penelitian di Bangladesh dimana perempuan yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi justru berpeluang 1,22

lebih besar untuk mengalami *unmet need* atau tidak terpenuhinya kebutuhan akan ber-KB.²³ Prevalensi kontrasepsi yang rendah mencerminkan adanya keinginan untuk hamil atau ketidakmampuan dalam mengakses pelayanan KB, sehingga kebutuhan kontrasepsi tidak terpenuhi (*unmet need*).

Menurut Lopez et.al, pendidikan mengenai kontrasepsi pada umumnya diperoleh melalui konseling secara individu ataupun penyuluhan secara massal yang disampaikan oleh tenaga kesehatan.²⁴ Di Indonesia, penyuluhan mengenai kontrasepsi pada kelompok remaja termasuk ke dalam program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang dilaksanakan di Puskesmas. Intervensi yang diberikan antara lain pembinaan akseptor KB, pelayanan KB dan advokasi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang dikhususkan pada sasaran kelompok pasangan usia muda atau remaja.²⁵

Sebagaimana disebutkan dalam Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar, pelayanan KB bagi pasangan remaja dilakukan secara terpadu (*One Stop Service*) dan terintegrasi dengan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), gizi serta pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual (PP-IMS) dan *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*.²⁵ Hal ini dimaksudkan agar penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dapat tercapai.

Salah satu upaya awal dalam meningkatkan cakupan pelayanan KB pada remaja adalah dengan menggerakkan peran Posyandu untuk mengidentifikasi kelompok sasaran remaja di wilayahnya. Upaya ini tentunya akan membantu petugas kesehatan dalam mengidentifikasi kesenjangan yang terjadi pada kelompok remaja yang dapat mempengaruhi akses mereka terhadap kontrasepsi. Studi ini, misalnya, menemukan bahwa remaja kawin dengan status ekonomi lebih tinggi (kuintil 3-5) memiliki peluang 1,50-1,62 lebih besar untuk memakai alat/cara KB.

Sebelum era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), kesenjangan ekonomi menjadi salah satu hambatan utama dalam pemenuhan akses pelayanan kontrasepsi, termasuk dalam pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan. Beberapa penelitian menemukan bahwa faktor biaya berhubungan secara signifikan dengan pemilihan

alat kontrasepsi.^{26,27} Wulandari menyebutkan bahwa besarnya biaya untuk alat/cara KB berkaitan dengan tingkat pendapatan keluarga, dimana setiap pasangan akan menyesuaikan pemilihan alat kontrasepsi dengan tingkat daya belinya.²⁷ Di samping itu, dari hasil penelitian Lubis ditemukan bahwa pasangan usia subur (PUS) yang memiliki kemampuan ekonomi yang tinggi lebih memilih untuk menggunakan IUD.²⁶

Hasil studi ini memperlihatkan bahwa remaja yang tidak menggunakan jaminan kesehatan justru memiliki proporsi lebih tinggi untuk menggunakan kontrasepsi. Hal ini dimungkinkan dengan tidak adanya program jaminan kesehatan yang menanggung biaya alat kontrasepsi, sehingga proporsi penggunaan kontrasepsi pada mereka yang memiliki keterbatasan ekonomi pun masih rendah.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, maka sejak 1 April 2016, pelayanan KB telah dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Biaya pelayanan KB yang ditanggung antara lain mencakup konseling, pemberian kondom, pelayanan pil KB, suntik KB (khusus pemberian 3 (tiga) bulan sekali), IUD (spiral), *implant* (susuk), pelayanan vasktomi/medis operasi pria (MOP), pelayanan tubektomi/medis operasi wanita (MOW), serta penanggulangan efek samping.²⁸

Mengacu pada Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 19 Tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan serta Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, penyelenggara pelayanan KB meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), seperti puskesmas, praktek dokter dan klinik pratama, serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yaitu rumah sakit (RS) 29, 30. Dengan JKN ini, diharapkan dapat mendukung upaya pemenuhan kesehatan reproduksi serta peningkatan dan percepatan pencapaian target kesehatan ibu.

Keterbatasan studi

Sejumlah keterbatasan dari sisi metodologi ditemukan dalam studi ini. Remaja yang berstatus belum kawin tidak diikutsertakan di dalam analisis sehingga hasil studi tidak dapat menggambarkan penggunaan kontrasepsi pada remaja secara

umum. Di samping itu, studi ini merupakan studi potong lintang, jadi tidak ada interpretasi kausal (sebab-akibat) yang dapat dihasilkan.

KESIMPULAN

Penggunaan kontrasepsi pada remaja kawin di Indonesia dipengaruhi oleh umur, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi dan penggunaan jaminan kesehatan. Untuk meningkatkan cakupan pelayanan KB serta kepatuhan dalam penggunaan kontrasepsi, maka studi ini merekomendasikan pentingnya pelayanan konseling bagi remaja yang tidak hanya berisi tentang pendidikan dan pengetahuan tentang jenis alat/cara KB, melainkan juga tentang efek samping dari penggunaan alat/cara KB tertentu yang perlu diantisipasi (misalnya pendarahan, haid yang tidak teratur, dan lain sebagainya). Hal tersebut termasuk meningkatkan upaya sosialisasi dan penyuluhan mengenai penggunaan MKJP kepada remaja.

Di samping itu, berdasarkan temuan lebih lanjut mengenai adanya pengaruh pemanfaatan jaminan kesehatan dalam pelayanan KB pada kelompok ibu remaja, perlu dilakukan studi analisis determinan penggunaan jaminan kesehatan terhadap pemakaian alat/cara KB. Meningkatnya jumlah fasilitas kesehatan (faskes) swasta, terutama bidan praktik mandiri (BPM) yang menyediakan pelayanan KB juga hendaknya perlu menjadi tolok ukur pemerintah dalam mendorong faskes swasta untuk berjejaring dengan FKTP.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang telah mengizinkan penggunaan data survei Riskesdas 2013 untuk keperluan analisis lanjut. Selain itu, penulis juga berterima kasih kepada tim Laboratorium Manajemen Data yang telah memfasilitasi penyediaan data yang diperlukan pada analisis ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Utomo ID, Utomo A. Adolescent Pregnancy in Indonesia: A Literature Review: UNFPA; 2013. Available from: [http://indonesia.unfpa.org/application/assets/publications/Executive_Summary_WPD_2013_\(English\).pdf](http://indonesia.unfpa.org/application/assets/publications/Executive_Summary_WPD_2013_(English).pdf).

2. Statistics Indonesia, National Family Planning Coordinating Board, Ministry of Health of Indonesia. Indonesia demographic and health survey (IDHS) 2012. Jakarta: Central Bureau of Statistics; 2013. Available from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR275/FR275.pdf>.
3. National Family Planning Coordinating Board (BKKBN). Trend TFR Indonesia Berdasarkan Hasil SDKI: National Family Planning Coordinating Board (BKKBN); 2014 [cited 2015 10 May]. Available from: <http://www.bkkbn.go.id/kependudukan/Pages/DataSurvey/SDKI/Fertilitas/TFR/Nasional.aspx>.
4. Center for Health Data and Information (Pusdatin) MoH. Situasi Keluarga Berencana (KB) di Indonesia. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. 2013;44.
5. Rismawati S. Unmet need : Tantangan program keluarga berencana dalam menghadapi ledakan penduduk tahun 20309 May 2015. Available from: <http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2014/10/ARTIKEL-UNMET-NEED.pdf>.
6. World Health Organization. Adolescent contraceptive use: Data from the Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS), 2012. In: Organization WH, editor. 2016.
7. World Health Organization. Adolescent contraceptive use: Data from the Cambodia Demographic and Health Survey (CDHS), 2014. In: Organization WH, editor. 2016.
8. World Health Organization. Adolescent contraceptive use: Data from the Bangladesh Demographic and Health Survey (BDHS), 2011. In: Organization WH, editor. 2016.
9. World Health Organization. Adolescent contraceptive use: Data from the Philippines Demographic and Health Survey (PDHS), 2013. In: Organization WH, editor. 2016.
10. Chacko MR, Wiemann CM, Buzi RS, Kozinetz CA, Peskin M, Smith PB. Choice of Postpartum Contraception: Factors Predisposing Pregnant Adolescents to Choose Less Effective Methods Over Long-Acting Reversible Contraception. *Journal of Adolescent Health*. 2016;58(6):628-35.
11. McNicholas C, Peipert JF. Long-Acting Reversible Contraception (LARC) for Adolescent. *Current opinion in obstetrics & gynecology*. 2012;24(5):293-8.
12. Lewis LN, Doherty DA, Hickey M, Skinner SR. Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception*. 2010;81(5):421-6.
13. Anguzu R, Tweheyo R, Sekandi JN, Zalwango V, Muhumuza C, Tusiime S, et al. Knowledge and attitudes towards use of long acting reversible contraceptives among women of reproductive age in Lubaga division, Kampala district, Uganda. *BMC research notes*. 2014;7(1):153.
14. Tibaijuka L, Odongo R, Welikhe E, Mukisa W, Kugonza L, Busingye I, et al. Factors influencing use of long-acting versus short-acting contraceptive methods among reproductive-age women in a resource-limited setting. *BMC women's health*. 2017;17(1):25.
15. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *New England Journal of Medicine*. 2012;366(21):1998-2007.
16. Mermelstein S, Plax K. Contraception for Adolescents. *Current Treatment Options in Pediatrics*. 2016;2(3):171-83.
17. Baldwin MK, Edelman AB. The Effect of Long-Acting Reversible Contraception on Rapid Repeat Pregnancy in Adolescents: A Review. *Journal of Adolescent Health*. 2012;52(4):S47-S53.
18. Shoepe HA, Snow CM. Oral contraceptive use in young women is associated with lower bone mineral density than that of controls. *Osteoporosis international*. 2005;16(12):1538-44.
19. Liu SL, Lebrun CM. Effect of oral contraceptives and hormone replacement therapy on bone mineral density in premenopausal and perimenopausal women: a systematic review. *British journal of sports medicine*. 2006;40(1):11-24.
20. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;4(4):CD003987.
21. Chacko MR, UpTo-Date MD. Contraception: Overview of issues specific to adolescents. September; 2010.
22. Magnusson BM, Masho SW, Lapane KL. Early Age at First Intercourse and Subsequent Gaps in Contraceptive Use. *Journal of Women's Health*. 2012;21(1):73-9.

23. Haque N. Unmet need for contraceptive: the case of married adolescent women in Bangladesh. *Int J Curr Res.* 2010;9:29-35.
24. Lopez LM, Grey TW, Chen M, Hiller JE. Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. *The Cochrane Library.* 2014.
25. Kementerian Kesehatan. Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Kementerian Kesehatan; 2015. Available from: <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/BUKU PEDOMAN PKRT.pdf>.
26. Lubis R. Hubungan Faktor Pelayanan Keluarga Berencana dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi dalam Rahim. *Global health.* 2017;2(1).
27. Wulandari FI, Hastuti R. Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi Suntik. *Jurnal Infokes APIKES Citra Medika Surakarta.* 2016;3(3).
28. BPJS Kesehatan. Ini Strategi Kepatuhan dan Pemantapan Layanan BPJS Kesehatan 2016. *Info BPJS Kesehatan.* 2016:12.
29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Jakarta : Kemenkes RI; 2016.
30. Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan, Jakarta : Kemenkes RI; 2016.