

**HUBUNGAN JARAK KEHAMILAN PADA DAERAH PEDESAAN DAN
PERKOTAAN TERHADAP PENGGUNAAN KONTRASEPSI**

THE RELATIONSHIP OF PREGNANCY DISTANCE IN RURAL AND
URBAN REGIONS TO CONTRACEPTION USE

MOCH. NOVAD ARSANDY



**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp.1)
PROGRAM STUDI ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR
2022**

**HUBUNGAN JARAK KEHAMILAN PADA DAERAH PEDESAAN DAN
PERKOTAAN TERHADAP PENGGUNAAN KONTRASEPSI**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Pendidikan Dokter
Spesialis-1 dan Mencapai Gelar Dokter Spesialis

Program Studi

Pendidikan Dokter Spesialis-1 Bidang Ilmu Obstetri dan Ginekologi

Disusun dan diajukan oleh

MOCH. NOVAD ARSANDY

Kepada

**DEPARTEMEN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI PROGRAM PROGRAM
PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

TESIS

HUBUNGAN JARAK KEHAMILAN PADA DAERAH PEDESAAN DAN PERKOTAAN TERHADAP PENGGUNAAN KONTRASEPSI

Disusun dan diajukan oleh :

MOCHAMMAD NOVAD ARSANDY

Nomor Pokok: C055172007

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian
Tesis

Pada tanggal 15 Juni 2021

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,


Dr. dr. A. Mardiah Tahir, SpOG(K)

Ketua


dr. Susiawaty Mustafa, SpOG(K), M.Kes

Anggota

Ketua Program Studi Pendidikan
Dokter Spesialis-1 (PPDS-1)
Departemen Obstetri dan Ginekologi
Universitas Hasanuddin


Dr. dr. Nugraha U Pelupessy, Sp.OG(K)

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin


Prof. dr. Budu, Ph.D, Sp.M(K), M.Med.ED

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **MOCH. NOVAD ARSANDY**
No. Pokok : C055172007
Program studi : Pendidikan Dokter Spesialis-1
Bidang Ilmu Obstetri dan Ginekologi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 23 April 2021

Yang menyatakan,



MOCH. NOVAD ARSANDY

PRAKATA

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis dengan judul “Hubungan Jarak Kehamilan Pada Daerah Pedesaan Dan Perkotaan Terhadap Penggunaan Kontrasepsi ” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 pada Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Dalam penyusunan tesis ini, penulis menemukan banyak rintangan, tetapi karena bimbingan, kerja keras, kerjasama, serta bantuan dari berbagai pihak yang telah diterima penulis sehingga maka penyusunan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik.

Pada saat ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. dr. A. Mardiah Tahir, SpOG(K), dr. Susiawaty Mustafa, Sp.OG(K), M.Kes dan dr. M u h . Firdaus Kasim, MSc. sebagai pembimbing atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari saat penentuan judul, proposal, hingga penyelesaian penulisan tesis ini. Penulis juga ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar - besarnya kepada dr. Nuraini Abidin, Sp.OG(K) Prof. Dr. dr. Syahrul Rauf, Sp.OG(K) sebagai penyanggah yang memberikan kritik dan saran dalam menyempurnakan penelitian ini.

Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan secara tulus dan ikhlas kepada yang terhormat:

1. Kepala Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Prof. Dr. dr. Syahrul Rauf, SpOG(K); Ketua Program Studi Dr. dr. Nugraha Utama Pelupessy, SpOG(K); Sekretaris Program Studi, Dr. dr. Imam Ahmadi Farid, SpOG(K), seluruh staf pengajar beserta pegawai di Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang memberikan arahan, dukungan dan motivasi kepada penulis selama pendidikan.
2. Penasihat akademik penulis dr. David Lotisna, SpOG(K) yang selalu mendukung, memberikan arahan dan selama mengikuti proses pendidikan dan penelitian untuk karya tulis ini.
3. Paramedis dan staf Departemen Obstetri dan Ginekologi di seluruh rumah sakit jejaring atas kerjasamanya selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Teman-teman seperjuangan peserta PPDS-1 Obstetri dan Ginekologi khususnya angkatan Januari 2018. Teman sejawat yang berjuang bersama-sama untuk menjadi dokter yang bermanfaat bagi masyarakat.
5. Kedua orang tua, istri dan anak-anak saya beserta keluarga terkasih dan tercinta.

6. Semua pihak yang telah membantu baik secara material maupun moril dalam penyelesaian tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Pada penulisan tesis ini, penulis menyadari bahwa penelitian yang telah dibuat ini masih sangat jauh dari kesempurnaan sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak agar dapat penyempurnaan tesis ini.

Semoga tesis ini memberikan manfaat dalam perkembangan ilmu pengetahuan dalam bidang Obstetri dan Ginekologi untuk sekarang dan masa yang akan datang.

Makassar, Maret 2022



Moch. Novad Arsandy

ABSTRAK

MOCHAMMAD NOVAD ARSANDY. *Hubungan Jarak Kehamilan dengan Penggunaan Kontrasepsi di Pedesaan dan Perkotaan* (dibimbing oleh A. Mardiah Tahir dan Susiawaty Mustafa).

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan jarak kehamilan di daerah pedesaan dan di daerah perkotaan terhadap penggunaan kontrasepsi dan karakteristik yang berpengaruh terhadap jarak kehamilan.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain potong lintang. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Pertiwi (Kota) dan Puskesmas Segeri (desa) selama September 2020 sampai dengan Maret 2021. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner. Penganalisisan data menggunakan uji *chi-Square* dan uji Fisher.

Hasil penelitian yang didapatkan adalah terdapat 260 sampel terpilih (130 wanita berasal dari pedesaan dan 130 wanita berasal dari perkotaan. Data karakteristik sampel didapatkan hasil terbanyak adalah usia reproduksi 19—35 (41,9% pedesaan dan 42,7% perkotaan); paritas 1—4 kali (45,8% pedesaan dan 46,5 % perkotaan; pendidikan tinggi (32,7% pedesaan dan 39,2% perkotaan); status sosial ekonomi <2 jta/bulan di pedesaan (28,5%) dan 2—5 juta juta/bulan di perkotaan (32,3%); jarak kehamilan ≥ 2 tahun (28,1% pedesaan dan 35,4% perkotaan); tidak menggunakan kontrasepsi di pedesaan (25,8%); kontrasepsi di perkotaan (31,9%). Jenis kontrasepsi terbanyak di kedua kelompok adalah suntik tiga bulan. Di pedesaan lebih pendek jarak kehamilannya secara signifikan ($p=0,020$), Terdapat hubungan penggunaan kontrasepsi dengan jarak kehamilan ($p=0,000$); hubungan dukungan suami dengan jarak kehamilan ($p=0,000$); hubungan penggunaan kontrasepsi antara pedesaan dan perkotaan ($p=0,018$) karena di pedesaan mayoritas tidak menggunakan kontrasepsi dan hubungan jarak kehamilan dengan jenis kontrasepsi ($p=0,001$).

Kata kunci: kontrasepsi, jarak kehamilan, pedesaan, perkotaan



ABSTRACT

MOCHAMMAD NOVAD ARSANDY. *The Relationship Between Pregnancy Spacing and Contraceptive Use in Rural and Urban Areas* (Supervised by **A. Mardiah Tahir and Susiawaty Mustafa**)

The aim of this study is to determine the correlation between pregnancy interval in rural and urban areas and the use of contraception and characteristics affecting pregnancy interval.

This research used an observational research method with a cross-sectional design conducted at Pertiwi Public Health Center (City) and Segeri Public Health Center (Village) from September 2020 to March 2021. The data were obtained using questionnaire and the analysis was performed using Chi-square and Fisher tests.

The results indicate that there are 260 samples selected consisting of 130 women in rural area and 130 women in urban area. The characteristics of the sample data obtained show that the highest results are reproductive age 19-35 (41.9% in rural area and 42.7% in urban area), parity 1-4 times (45.8% in rural area and 46.5% in urban area), higher education (32.7% in rural area and 39.2% in urban area), socioeconomic status <2 million/month (28.5% in rural area) and 2-5 million/month in urban area), not using contraception (25.8% in rural area) and using contraception (31.9% in urban area). The common type of contraception in both groups is 3-month injection. In rural area, pregnancy interval is significantly shorter ($p=0.020$). There is a correlation between contraceptive use and pregnancy interval ($p=0.000$), between husband's support and pregnancy interval ($p=0.000$), between rural area and urban area in the use of contraception ($p=0.018$) where the majority of sample in rural area does not use contraception, and between pregnancy interval and the type of contraception ($p=0.001$).

Keywords: Contraception, Pregnancy distance, Rural, Urban



DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN (TUGAS AKHIR)	iii
PRAKATA	iii
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Program Keluarga Berencana	6
B. Faktor - Faktor Penentu Angka Kehamilan	14
C. Jarak Kehamilan	17
D. Pengaruh Tempat Tinggal Terhadap Penggunaan Kontrasepsi dan Jarak Kehamilan	21
E. Kerangka teori	27
F. Kerangka Konsep	27
G. Hipotesis	28
H. Definisi Operasional	29
BAB III METODE PENELITIAN	32
A. Rancangan Penelitian	32
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	32
C. Populasi Penelitian	32

D.	Sampel dan Cara Pengambilan Sampel	32
E.	Kriteria Inklusi dan Eksklusi	34
F.	Alat dan Bahan	34
G.	Cara Kerja	35
H.	Alur Penelitian	35
I.	Pengolahan dan Analisis Data	36
J.	Aspek Etis	37
K.	Personalia Penelitian	37
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	38
A.	Hasil Penelitian	39
B.	Pembahasan	44
BAB V	SIMPULAN DAN SADAR	58
A.	Simpulan	58
B.	Saran	58
	DAFTAR PUSTAKA	59
	LAMPIRAN	62

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
4. 1 Distribusi Karakteristik Responden	39
4. 2 Hubungan Jarak Kehamilan pada Kelompok Pedesaan dan Perkotaan	41
4. 3 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi antara Kelompok Pedesaan dan Perkotaan	43
4. 4 Hubungan Jarak Kehamilan dengan Jenis Kontrasepsi	44

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1 Median Umur Melahirkan Pertama pada Wanita	17
Gambar 2 Hubungan antar determinan fertilitas	23
Gambar 3 Regresi multivariat dan pendekatan dari pengembangan kerangka pikir	25
Gambar 4 Kerangka teori penelitian	27
Gambar 5 Kerangka konsep penelitian	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Naskah Penjelasan Untuk Responden	63
2. Formulir Persetujuan Mengikuti Penelitian Setelah Mendapat Penjelasan	64
3. Formulir Penelitian	65
4. Hasil Olah Data SPSS	68
5. Rekomendasi Persetujuan Etik dan Surat Izin Melakukan Penelitian	81
6. Tabel Induk	84

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Singkatan	Arti dan keterangan
AKDR	Alat Kotrasepsi Dalam Rahim
ASFR	<i>Age Specific Fertility Rate</i>
ASI	Air Susu Ibu
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
CPR	<i>Contraceptive Prevalence Rate</i>
IUD	<i>Intrauterine Device</i>
JHU	<i>John Hopkins University</i>
KB	Keluarga Berencana
Kemendes	Kementrian Kesehatan
KG	Kilogram
KM	Kilometer
LPP	Laju Pertumbuhan Penduduk
PMA	<i>Performance Monitoring and Accountability</i>
PUS	Pasangan Usia Subur
RS	Rumah Sakit
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TFR	<i>Total Fertility Rate</i>
UGM	Universitas Gajah Mada
UNHAS	Universitas Hasanuddin
USU	Universitas Sumatera Utara
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keluarga berencana adalah program yang bertujuan membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kehamilan yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan, dalam hubungan dengan umur suami dan istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Suratun, 2008; Noerdin, 2002).

Berdasarkan hasil pencacahan Sensus Penduduk 2010, jumlah penduduk Indonesia adalah 237.556.363 jiwa. Angka Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) periode tahun 2000 – 2010 yaitu 1,49% meningkat dibandingkan LPP periode 1990 – 2000 yaitu 1,45%. Indonesia memiliki luas wilayah sekitar 1.910.931 km², dengan tingkat kepadatan penduduk rata - rata 124 km². Berdasarkan data tersebut, Indonesia masuk ke negara dengan tingkat penduduk terbesar nomor 4 di dunia. Di provinsi Sulawesi Selatan sendiri terdapat jumlah penduduk sebanyak 8.520.304 juta jiwa, sedangkan data pasangan usia subur (PUS) di kota Makassar adalah 183.048 dan Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan adalah 62.260 (BKKBN, 2011).

Dalam sebuah penelitian di 21 negara berkembang dengan pendapatan rendah hingga sedang ditemukan bahwa dari 22 survei yang pernah dilakukan, risiko kehamilan meningkat 2 tahun setelah persalinan dengan risiko kehamilan mencapai puncaknya pada 6-11 bulan setelah persalinan.

Meskipun banyak wanita *post partum* yang menggunakan alat kontrasepsi, kebanyakan menggunakan metode kontrasepsi jangka pendek (51-96%) (Moore dkk, 2015).

Pasangan usia subur termotivasi memakai alat kontrasepsi didasarkan pada beberapa faktor antara lain umur, pendidikan, pengetahuan, jumlah anak, motivasi/pelayanan petugas, efek samping, dan sosial budaya serta ekonomi masyarakat. Hasil SDKI 2012 diketahui bahwa alasan utama wanita tidak menggunakan alat kontrasepsi karena mereka menginginkan anak (44%). Alasan budaya dibuktikan masih adanya pasutri (pasangan suami istri) yang tidak menggunakan alat kontrasepsi karena dilarang suami, masalah agama (0,5%), dan (0,7%) dengan alasan ekonomi yaitu biaya mahal (Natsir dkk, 2015).

Berbagai upaya telah dilakukan melalui peningkatan kegiatan penyampaian pesan kepada seluruh lapisan masyarakat. Hal tersebut dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku menerima dan mempraktekkan keluarga berencana. Namun pada kenyataannya tidak semua program keluarga berencana berjalan dengan baik. Beberapa faktor sosial ekonomi dan faktor demografi dapat mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Salah satu faktor demografi yang diketahui berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi adalah tempat tinggal. Analisis univariat menunjukkan bahwa probabilitas kelangsungan penggunaan kontrasepsi untuk responden yang tinggal di desa (48,22%) lebih rendah daripada responden yang tinggal di kota (50,75%) (Sistri, 2009).

Penelitian oleh Feldman dkk di Meksiko menunjukkan bahwa hanya 46% wanita yang tinggal di pedesaan menggunakan alat kontrasepsi, sedangkan di perkotaan 68% wanita menggunakan alat kontrasepsi. Sejalan dengan temuan tersebut, tingkat fertilitas total wanita di pedesaan lebih tinggi dua kali lipat dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perkotaan (Feldman dkk, 2009).

Olalekan dkk melakukan sebuah studi *cross-sectional* deskriptif di salah satu provinsi di Nigeria. Diambil 1024 wanita usia reproduksi dan masing – masing 512 wanita berasal dari daerah perkotaan dan pedesaan. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hanya 16,8% wanita di daerah pedesaan yang memahami penggunaan kontrasepsi, sementara di perkotaan 46,7% wanita telah memahami penggunaan kontrasepsi. Hanya 3,3% wanita di pedesaan menggunakan alat kontrasepsi secara konsisten, angka ini lebih rendah dibandingkan 18,6% wanita di perkotaan. Rerata jumlah anak di wanita pedesaan adalah $3,4 \pm 1,8$, sedangkan di perkotaan sebesar $2,9 \pm 1,5$ (Olalekan dkk, 2012).

Jarak antar kehamilan pada responden yang tinggal di kota dan di desa hampir sama masing-masing 61 bulan dan 64 bulan. Responden yang tinggal di desa memiliki peluang 1,09 kali lebih besar memiliki jarak antar kehamilan pendek (<3 tahun) dibandingkan dengan responden yang tinggal di kota (Kurniawati, 2016).

Perbedaan kesadaran terhadap penggunaan kontrasepsi dan tingkat kesuburan ini disebabkan oleh tingginya ketimpangan sosial antara

penduduk pedesaan dan perkotaan seperti perbedaan tingkat pendidikan, pekerjaan dan status sosial wanita di masyarakat (Feldman dkk, 2009).

Berdasarkan penjelasan diatas, maka dipandang perlu untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Jarak Kehamilan Pada Daerah Pedesaan dan Perkotaan Terhadap Penggunaan Kontrasepsi”.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara jarak kehamilan dengan tempat tinggal, penggunaan kontrasepsi, usia, paritas, pendidikan, sosial ekonomi, dan dukungan suami ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

- a. Mengetahui hubungan jarak kehamilan pada daerah pedesaan dan perkotaan terhadap penggunaan kontrasepsi.
- b. Mengetahui karakteristik yang berpengaruh pada jarak kehamilan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui jarak kehamilan wanita yang tinggal di daerah pedesaan dan perkotaan.
- b. Mengetahui penggunaan jenis kontrasepsi pasangan suami istri yang tinggal di daerah pedesaan dan perkotaan.
- c. Mencari hubungan antara jarak kehamilan wanita yang tinggal di daerah pedesaan dan perkotaan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat akademik
 - a. Memberikan informasi ilmiah tentang cara mengatur jarak kehamilan pada pasangan suami istri yang tinggal di daerah pedesaan dan perkotaan.
 - b. Memberikan informasi tentang jenis kontrasepsi pada wanita di pedesaan maupun di perkotaan.
 - c. Menjadi data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk memahami tentang jarak kehamilan wanita yang tinggal di wilayah di daerah pedesaan dan perkotaan.
2. Manfaat bagi pelayanan
 - a. Memberikan informasi tentang jenis kontrasepsi, sehingga masyarakat dapat menentukan jenis kontrasepsi yang akan digunakan untuk menjarangkan kehamilan baik di pedesaan maupun di perkotaan.
 - b. Memberikan informasi tentang resiko terhadap kehamilan dengan jarak kehamilan yang terlalu dekat sehingga masyarakat mengetahui pentingnya penggunaan kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan baik di pedesaan maupun di perkotaan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Program Keluarga Berencana

1. Profil Keluarga Berencana

Program keluarga berencana (KB) bertujuan untuk membangun manusia Indonesia sebagai obyek dan subyek pembangunan melalui peningkatan kesejahteraan ibu, anak, dan keluarga. Di samping itu pelaksanaan program KB juga diarahkan untuk menurunkan tingkat kehamilan atas dasar kesadaran dan tanggung jawab seluruh masyarakat dengan cara memilih metode kontrasepsi secara sukarela. Dengan demikian program keluarga berencana akan merupakan cermin dari upaya menurunkan tingkat kehamilan dan sekaligus membangun keluarga sejahtera (Kemenkes, 2014).

Pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu melalui:

- a. Mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan
- b. Mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas.
- c. Mencegah atau memperkecil terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.

Peranan KB sangat diperlukan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, *unsafe abortion* dan komplikasi yang pada akhirnya dapat mencegah kematian ibu (Kemenkes, 2014).

Guna mencapai tujuan tersebut, maka ditempuh kebijaksanaan mengkategorikan tiga fase untuk mencapai sasaran, yaitu (Kemenkes, 2014):

a. Fase Menunda/Mencegah Kehamilan

Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan adalah reversibilitas dan efektivitas yang tinggi. Kontrasepsi yang direkomendasikan untuk fase ini adalah pil oral atau IUD.

b. Fase Menjarangkan Kehamilan

Periode usia istri antara 20-30/35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kehamilannya adalah 2-4 tahun. Ini dikenal dengan Catur Warga. Ciri-ciri kontrasepsi ini adalah efektivitas dan reversibilitas cukup tinggi, dapat dipakai 2 sampai 4 tahun (sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan), dan tidak menghambat air susu ibu (ASI). Kontrasepsi yang dianjurkan adalah IUD.

c. Fase Menghentikan Kehamilan

Periode umur istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun sebaiknya menghentikan kehamilan setelah mempunyai dua orang

anak. Ciri-ciri kontrasepsi yang dianjurkan adalah efektivitas tinggi, dapat dipakai jangka panjang dan tidak menambah kelainan (karena degenerasi organ akibat penuaan) yang sudah ada. Pilihan utama untuk fase ini adalah kontrasepsi mantap.

Untuk mencapai keberhasilan dalam penggunaan metode kontrasepsi apapun, diperlukan adanya metode *fertility awareness* atau metode “kesadaran akan fertilitas”. Keadaan ini dibutuhkan kerjasama dan saling percaya antara pasangan suami-istri. Keadaan yang paling ideal adalah istri dan suami harus bersama-sama (Rahardja MB, 2011):

- a. Memilih kontrasepsi terbaik
- b. Saling kerjasama dalam pemakaian kontrasepsi
- c. Membiayai pengeluaran untuk kontrasepsi
- d. Memperhatikan tanda-tanda bahaya pemakaian kontrasepsi

Setelah kesadaran akan fertilitas dipenuhi oleh calon akseptor, syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh suatu metode kontrasepsi yang baik ialah (Kemenkes, 2014):

- a. Aman/ tidak berbahaya
- b. Dapat diandalkan
- c. Sederhana, sedapat-dapatnya tidak usah dikerjakan oleh seorang dokter
- d. Murah dan mudah di dapat
- e. Dapat diterima oleh banyak orang

- f. Pemakaian jangka panjang (*continuation rate* tinggi) dan reversibel

Selain itu, Keluarga Berencana merupakan hal yang sangat strategis untuk mencegah kehamilan “Empat Terlalu” (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, dan terlalu banyak).

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, upaya yang diselenggarakan di Puskesmas terdiri dari upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan (Kemenkes, 2014).

Pelayanan Keluarga Berencana merupakan salah satu dari 5 Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial yaitu pelayanan promosi kesehatan; pelayanan kesehatan lingkungan; pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana; pelayanan gizi; dan pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Begitu pula untuk di Rumah Sakit, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, pelayanan keluarga berencana merupakan pelayanan medik umum yang harus ada di RS. Dapat disimpulkan, pelayanan keluarga berencana merupakan (Kemenkes, 2014):

- a. Upaya kesehatan masyarakat esensial Puskesmas dan pelayanan medik umum di Rumah Sakit.
- b. Upaya pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas.

- c. Upaya pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan.
- d. Memenuhi hak reproduksi klien.

2. *Unmet Need*

Kebutuhan pelayanan KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*) didefinisikan sebagai persentase wanita kawin yang tidak ingin punya anak lagi atau ingin menjarangkan kehamilan berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (Pujihavuty, 2018).

Berdasarkan kriteria itu, menurut SDKI 2007 total kebutuhan KB yang tidak terpenuhi di Indonesia adalah 9 persen, terdiri dari 4 persen untuk penjarangan kehamilan dan 5 persen untuk pembatasan kehamilan. Angka *unmet need* yang dicapai ini sama semenjak tahun 1997. Definisi *unmet need* lainnya adalah Keinginan ber-KB yang tidak terpenuhi untuk menjarangkan kehamilan termasuk kehamilan yang waktunya tidak diinginkan, wanita yang tidak haid sejak kehamilan anak terakhir dimana kehamilan anak terakhir tersebut waktunya tidak diinginkan, tidak menggunakan alat/cara KB, dan wanita subur yang tidak ingin hamil lagi atau tidak dapat haid dimana wanita tersebut tidak memakai kontrasepsi dan mereka ingin menunggu 2 tahun lagi untuk kehamilan anak berikutnya. Juga yang termasuk keinginan ber-KB yang tidak terpenuhi untuk menjarangkan kehamilan adalah wanita subur yang tidak menggunakan alat/cara KB dan mereka merasa tidak yakin apakah menginginkan anak lagi atau mereka menginginkan anak tetapi tidak dapat ditentukan kecuali mereka mengatakan tidak menjadi masalah kalau mereka hamil (Cicah LH, 2019).

Keinginan ber-KB yang tidak terpenuhi untuk membatasi kehamilan termasuk wanita hamil yang kehamilannya tidak diinginkan, wanita yang tidak haid sejak kehamilan anak terakhir yang tidak diinginkan, dan wanita subur yang tidak ingin hamil atau tidak dapat haid tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi dan wanita tersebut tidak ingin anak lagi. Kategori keinginan ber-KB yang tidak terpenuhi untuk membatasi kehamilan tidak termasuk wanita hamil dan wanita yang tidak haid tetapi menjadi hamil ketika mereka memakai alat/cara KB (wanita tersebut ingin memilih alat kontrasepsi yang lebih baik).

3. Total Fertility Rate

Fertilitas merupakan hasil reproduksi nyata dari seorang atau sekelompok wanita, sedangkan dalam pengertian demografi menyatakan banyaknya bayi yang lahir hidup. Besar kecilnya jumlah kehamilan dalam suatu penduduk, tergantung pada beberapa faktor misalnya, struktur umur, tingkat pendidikan, umur pada waktu kawin pertama, banyaknya perkawinan, status pekerjaan wanita, penggunaan alat kontrasepsi dan pendapatan/kekayaan (Kiswanto, 2007).

Dalam melakukan pengukuran terhadap tingkat fertilitas, terdapat beberapa persoalan yang dihadapi, sehingga pengukuran terhadap fertilitas ini dilakukan melalui dua macam pendekatan yaitu *Yearly Performance* dan *Reproductive History* yang kemudian dibagi lagi menjadi beberapa teknik penghitungan yang masing-masing memiliki kebaikan dan kelemahan. Salah satu teknik yang termasuk dalam

pendekatan *Yearly Performance* adalah *Total Fertility Rate* (TFR) atau Angka Kehamilan Total (Adam, 2012).

Total Fertility Rate (TFR) merupakan jumlah rata-rata anak yang dilahirkan setiap wanita. Keباikan dari teknik ini adalah merupakan ukuran untuk seluruh wanita usia 15-49 tahun yang dihitung berdasarkan angka kehamilan menurut kelompok umur, berbeda dengan teknik yang lain yang perhitungannya tidak memisahkan antara penduduk laki-laki dan wanita serta tingkat usia produktif bagi wanita (Adam, 2012).

Di Indonesia, TFR menurun menjadi sekitar 2,4 anak per wanita pada tahun 2017, dari 2,6 anak per wanita pada tahun 2013 (BKKBN, 2018). Angka 2,4 anak per wanita, mengandung arti bahwa seorang wanita di Indonesia rata-rata melahirkan 2,4 anak selama hidupnya jika ia mengikuti pola *Age Specific Fertility Rate* (ASFR) saat ini. Jika dilihat dari target penurunan fertilitas, angka tersebut hampir mencapai sasaran rencana strategi 2015-2019 yakni 2,3 anak per wanita. Sementara target pemerintah dalam jangka panjang, yaitu pencapaian TFR menjadi sekitar 2,1 anak per wanita pada tahun 2020 (Cicuh LH, 2019).

Periode SDKI tahun 2007 dan 2012, TFR pedesaan, perkotaan, dan nasional angkanya konstan. Tingkat fertilitas di daerah perkotaan lebih rendah dibanding di pedesaan, namun TFR di pedesaan menurun dari periode 2012 ke 2017. Sementara untuk TFR perkotaan, selama tiga kali SDKI cenderung tetap angkanya, masih menjadi tantangan

penanganan fertilitas di masa depan. Meskipun TFR nasional sudah cukup rendah, namun TFR menurut provinsi masih bervariasi dengan kisaran 2,1 (Jawa Timur dan Bali) sampai 3,4 anak per wanita (Nusa Tenggara Timur). Hal ini tentunya merupakan tantangan tersendiri bagi pemerintah, untuk melihat permasalahan sesuai kearifan lokal (Cicik LH, 2019).

Kondisi tersebut menunjukkan sudah adanya penurunan jumlah kehamilan, yang dapat disebabkan meningkatnya kesadaran untuk mempunyai keluarga kecil berkualitas. Selain itu, terjadinya penurunan tingkat kehamilan dapat terkait dengan adanya peningkatan wanita dalam pemakaian kontrasepsi. Seperti tampak dari hasil SDKI, terjadi peningkatan pemakaian alat kontrasepsi pada wanita umur 15-49 tahun dari sebesar 62 persen Tahun 2012 menjadi 64 persen pada SDKI 2017. Seiring dengan itu, terjadi penurunan persentase kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi dari 11,4 pada SDKI Tahun 2012 menjadi 10,6 persen pada SDKI tahun 2017 (Cicik LH, 2019).

Namun untuk kelompok umur 30-34 tahun, tingkat fertilitas pada hasil SDKI 2017 justru lebih tinggi dibanding dengan hasil SDKI 2012. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat fertilitas pada usia 30-34 tahun mengalami kenaikan. Mencermati kondisi seperti ini, diperlukan kajian lebih lanjut untuk mengetahui karakteristik wanita yang berada di kelompok ini. Apakah wanita yang masuk dalam kelompok ini berasal dari kalangan berpendidikan tinggi atau sebaliknya (Cicik LH, 2019).

Pola ASFR di daerah pedesaan dan perkotaan tidak terlihat ada perbedaan puncak kehamilan. Begitu pula dengan pola ASFR yang hampir sama pada wanita umur 25 tahun ke atas di daerah perkotaan dan pedesaan. Perbedaan pola fertilitas tampak pada kelompok umur wanita di bawah 25 tahun (Cicik LH, 2019).

B. Faktor – Faktor Penentu Angka Kehamilan

TFR dapat dilihat dari berbagai faktor, yaitu daerah tempat tinggal, tingkat pendidikan, dan pendapatan keluarga. Selain itu, dilihat dari umur kehamilan pertama, dan jarak melahirkan.

1. Daerah tempat tinggal

Terdapat perbedaan tingkat kehamilan antara wanita yang tinggal di daerah pedesaan dan perkotaan. Pada tiga tahun sebelum survei SDKI Tahun 2017, TFR di daerah pedesaan 13 persen lebih tinggi dibandingkan dengan daerah perkotaan. Namun TFR mengalami penurunan pada Tahun 2017. Sementara angka kehamilan total di daerah perkotaan cenderung konstan sejak SDKI Tahun 2007 (selama kurun waktu 10 tahun), yaitu sekitar 2,3 anak per wanita. Perbedaan capaian TFR antara pedesaan dan perkotaan ini umumnya terkait dengan kondisi karakteristik dari penduduknya, terutama wanita usia 15-49 tahun (Cicik LH, 2019; Ramarao, 2006).

2. Tingkat pendidikan

Terdapat perbedaan tingkat kehamilan pada berbagai tingkat pendidikan wanita. Umumnya semakin tinggi pendidikan, semakin

rendah angka fertilitas totalnya. TFR terendah terdapat pada wanita dengan tingkat pendidikan Perguruan Tinggi, yaitu sekitar 2,3 anak. Namun demikian, saat ini terdapat kecenderungan wanita dengan pendidikan tinggi berkeinginan untuk mempunyai anak lebih dari dua anak. Tampak kecenderungan terjadinya penurunan tingkat kehamilan dengan semakin tingginya kuintil pendapatan. Pada kuintil pendapatan teratas, angka fertilitas totalnya merupakan yang terendah. Dari kondisi ini dapat dikatakan bahwa pada mereka yang mempunyai kuintil teratas, terdapat kecenderungan mempunyai anak lebih sedikit. Atau dengan kata lain, karena jumlah anak mereka cenderung sedikit, maka jumlah tanggungannya juga sedikit (Cicik LH, 2019; Ramarao, 2006).

3. Pendapatan Keluarga

Dalam analisis ekonomi fertilitas dibahas mengapa permintaan akan anak berkurang bila pendapatan meningkat. *New household economics* berpendapat bahwa (a) orang tua mulai lebih menyukai anak-anak yang berkualitas lebih tinggi dalam jumlah yang hanya sedikit sehingga “harga beli” meningkat; (b) bila pendapatan dan pendidikan meningkat maka semakin banyak waktu (khususnya waktu ibu) yang digunakan untuk merawat anak. Jadi anak menjadi lebih mahal.

H. Leibenstein berpendapat bahwa anak dilihat dari 2 segi kegunaannya (*utility*) dan biaya (*cost*). Kegunaannya ialah memberikan kepuasan, dapat memberikan balas jasa ekonomi atau membantu

dalam kegiatan berproduksi serta merupakan sumber yang dapat menghidupi orang tua di masa depan. Sedangkan pengeluaran untuk membesarkan anak adalah biaya dari mempunyai anak tersebut.

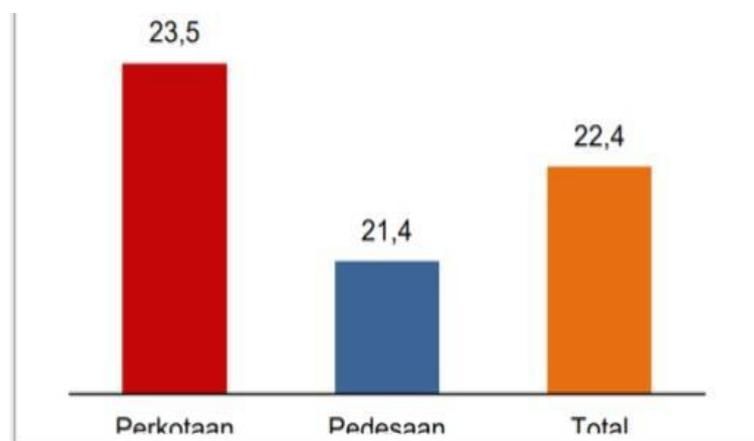
Apabila ada kenaikan pendapatan, aspirasi orang tua akan berubah. Orang tua menginginkan anak dengan kualitas yang baik. Ini berarti biayanya naik. Sedangkan kegunaannya turun sebab walaupun anak masih memberikan kepuasan akan tetapi balas jasa ekonominya turun. Di samping itu orang tua juga tak tergantung dari sumbangan anak. Jadi biaya membesarkan anak lebih besar daripada kegunaannya. Hal ini mengakibatkan *demand* terhadap anak menurun atau dengan kata lain fertilitas turun.

Robinson dan Harbinson menggambarkan kerangka analisis ekonomi terhadap fertilitas. Pertimbangan ekonomi dalam menentukan fertilitas terkait dengan *income*, biaya (langsung maupun tidak langsung), selera, modernisasi dan sebagainya. Menurut Bulatao, modernisasi berpengaruh terhadap *demand for children* dalam kaitan membuat *latent demand* menjadi efektif. Menurut Bulatao, *demand for children* dipengaruhi (*determined*) oleh berbagai faktor seperti biaya anak, pendapatan keluarga dan selera (Mahendra, 2017).

4. Umur melahirkan

Merupakan faktor penentu kehamilan. Semakin muda umur melahirkan, cenderung semakin banyak peluang untuk mempunyai anak. Seorang wanita atau ibu yang melahirkan pada umur muda, cenderung mempunyai risiko kesehatan. Dari hasil SDKI tahun 2012

dan 2017 tampak bahwa median umur melahirkan pertama wanita umur 25-49 cenderung sama, yaitu sekitar 22,4 tahun. Namun berbeda menurut tempat tinggal, median umur melahirkan di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan. Begitu juga jika dilihat menurut tingkat pendidikan dan kekayaan, median umur melahirkan anak pertama meningkat seiring dengan tingkat pendidikan dan kuintil kekayaan (Cicik LH, 2019; Ramarao, 2006).



Gambar 1 Median Umur Melahirkan Pertama pada Wanita umur 25-49 Tahun Menurut Tempat Tinggal, Indonesia, 2017 (Cicik LH, 2019)

C. Jarak Kehamilan

1. Konsep jarak kehamilan

Jarak kehamilan merupakan interval antara dua kehamilan yang berurutan dari seorang wanita. Jarak kehamilan yang cenderung singkat dapat menimbulkan beberapa efek negatif baik pada kesehatan wanita tersebut maupun kesehatan bayi yang dikandungnya. Setelah melahirkan, wanita memerlukan waktu yang cukup untuk memulihkan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan serta persalinan selanjutnya.

Sepanjang masa reproduksi fertilitas seorang wanita ditunjukkan oleh jarak kehamilan (*birth interval*) secara terbalik artinya jarak yang pendek berhubungan dengan tingginya fertilitas dan jarak yang panjang berhubungan dengan rendahnya fertilitas. Panjang dari jarak kehamilan pada saat tidak terjadinya kematian janin akibat aborsi atau keguguran dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu: *interval infecundabilitas post partum* atau masa tidak subur pasca melahirkan, masa menunggu terjadinya konsepsi atau masa subur hingga terjadinya konsepsi dan masa kehamilan hingga terjadinya kehamilan hidup (Towriss dan Timaeus, 2018).

Sedangkan pada kasus terjadinya kematian bayi akibat aborsi atau keguguran jarak kehamilan menjadi bertambah panjang oleh komponen tambahan sebagai berikut: masa kehamilan pendek, masa tidak subur yang singkat dan masa hingga terjadinya konsepsi kembali. Dalam berbagai penelitian mengenai jarak kehamilan terdapat berbagai terminologi yang digunakan untuk mengukur jarak kehamilan. perbedaan terminologi ini seringkali menyulitkan dalam membandingkan hasil yang diperoleh. Adapun terminologi yang sering digunakan adalah (Towriss dan Timaeus, 2018):

- a. *Birth to birth interval*, yaitu jarak kehamilan yang diukur berdasarkan jarak antara dua peristiwa kehamilan hidup.
- b. *Abortion to birth interval*, yaitu jarak kehamilan yang diukur berdasarkan jarak antara peristiwa aborsi dan kehamilan hidup.
- c. *Interpregnancy interval*, jarak antara dua peristiwa kehamilan.

d. *Birth to pregnancy interval*, yaitu jarak kehamilan yang diukur berdasarkan jarak antara peristiwa kehamilan hidup dan awal kehamilan berikutnya.

Berdasarkan pertemuan WHO pada tahun 2005 di Jenewa, para ahli telah menyepakati dan menganjurkan untuk menggunakan terminologi *birth to pregnancy* pada penelitian selanjutnya agar hasil yang diperoleh dapat dibandingkan dengan hasil penelitian lain (Towriss dan Timaeus, 2018).

2. Jarak kehamilan ideal

Berdasarkan rekomendasi WHO untuk para ibu menjalani kehamilan mereka dengan jarak sekitar 18-24 bulan. Sedangkan Indonesia memiliki median jarak antar kehamilan selama 60,2 bulan dan hal ini dikatakan meningkat dibanding survei demografi pada tahun 2007. Jarak kehamilan yang dikatakan aman adalah 36-59 bulan. didapatkan data sebesar 75% ibu melahirkan dengan rentang ini. Sedangkan 10% pada rentang kurang dari 24 bulan (Cicik LH, 2019). Pengaturan jarak kehamilan ini dinilai penting untuk setiap pasangan agar dapat lebih siap untuk memiliki anak lagi dan menghindari terjadinya keadaan darurat pada ibu dan bayi. Besarnya resiko kehamilan dan kehamilan adalah karena jarak kehamilan yang tidak ideal. Dalam hal ini adalah kehamilan yang kurang dari 24 bulan atau lebih dari 59 bulan. Adanya perubahan perilaku pada anak yang terjadi akibat dekatnya jarak kehamilan antara kehamilan pertama dan kehamilan selanjutnya. Hal ini disebabkan orang tua menjadi terlalu fokus pada anak kedua sehingga proses

tumbuh kembang pada anak pertama sedikit terabaikan. Dampak yang terjadi adalah adanya kemunduran perilaku pada anak dikarenakan oleh keinginan anak untuk merebut perhatian orang tua dari adiknya.

Terdapat beberapa alasan perlunya jarak kehamilan, diantaranya adalah sebagai berikut (Towriss dan Timaeus, 2018):

- a. Belum pulihnya kondisi rahim ibu setelah kehamilan sebelumnya.
- b. Dapat timbulnya beberapa resiko dalam kehamilan, salah satunya adalah anemia.
- c. Resiko terjadinya pendarahan pasca persalinan.
- d. Waktu yang disediakan ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang karena harus terbagi.

Jarak kehamilan perlu diperhatikan karena berdampak pada jumlah anak yang dilahirkan, juga pada kesehatan ibu dan anak. Selain itu, jarak antar kehamilan berkaitan dengan risiko kesakitan dan kematian pada anak. Secara umum jarak kehamilan kurang dari 24 bulan, berisiko kesehatan atau kematian lebih tinggi dibanding jarak kehamilan lebih dari dua tahun. Jarak kehamilan yang terlalu dekat, juga berisiko pada kehamilan bayi prematur, dan BBLR (berat bayi lahir rendah) atau kurang dari 2,5 kg. Dari hasil SDKI tahun 2017, median jarak antar kehamilan sebesar 64,6 bulan. Hal ini menunjukkan median jarak kehamilan terjadi lebih dari 5 (lima) tahun setelah kehamilan sebelumnya. Jarak kehamilan semakin meningkat seiring dengan meningkatnya umur. Seperti dapat dilihat dari hasil SDKI Tahun 2017, median jarak antar kehamilan sebesar 47,5 bulan pada wanita umur 20-

29, dan sebesar 70,0 bulan pada wanita umur 30-39 tahun. Median jarak kehamilan di perkotaan (66 bulan) lebih lama dari pedesaan (63 bulan). Pada wanita dengan kuintil kekayaan teratas, median jarak kehamilannya lebih tinggi (61 bulan) dibanding kuintil terbawah (56 bulan) (Cicik LH, 2019).

D. Pengaruh Tempat Tinggal Terhadap Penggunaan Kontrasepsi dan Jarak Kehamilan

1. Pengaruh tempat tinggal terhadap penggunaan kontrasepsi

Sebagian besar daerah perkotaan di negara-negara berkembang sering dihubungkan dengan masyarakat yang lebih berpendidikan, akses yang lebih baik ke pelayanan medis seperti KB dan pelayanan sosial lainnya. Oleh karena itu, tingkat penggunaan kontrasepsi biasanya lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di daerah pedesaan. Selain itu, peluang untuk menjadi pengguna kontrasepsi bagi wanita yang tinggal di perkotaan hampir satu setengah kali lebih tinggi dibanding wanita di pedesaan. Hasil penelitian lain yang dilakukan Joseph (2007) juga menunjukkan bahwa peluang wanita usia 17-47 tahun yang tinggal di perkotaan untuk memakai KB 1,4 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita pada kelompok usia yang sama di pedesaan. Gambaran pemakaian kontrasepsi yang berbeda antara kedua tipologi wilayah ini memengaruhi tingkat kehamilan yang umumnya lebih rendah di wilayah perkotaan (Kiswanto, 2007).

Data survei *Performance Monitoring and Accountability 2020* (PMA 2020) pada tahun 2015 menunjukkan hubungan yang terbalik antara angka kehamilan total (TFR) dan angka pemakaian kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) di wilayah pedesaan dan perkotaan. Secara umum, hasil survei menunjukkan peningkatan angka pemakaian kontrasepsi memengaruhi penurunan tingkat fertilitas. Meskipun begitu, hasil survei ini juga menunjukkan bahwa angka TFR (2,4) dan proporsi pemakaian KB untuk semua jenis metode (62 %) di wilayah pedesaan lebih besar dibanding TFR (2,2) dan proporsi pemakaian KB (59 %) di wilayah perkotaan. Begitupun dengan proporsi pemakaian KB modern di pedesaan (61,9 %) lebih besar dibanding di perkotaan (57,4 %). Menariknya, pemakaian KB tradisional di perkotaan (2,2 %) lebih besar dibanding di pedesaan (Pujihavuty, 2018).

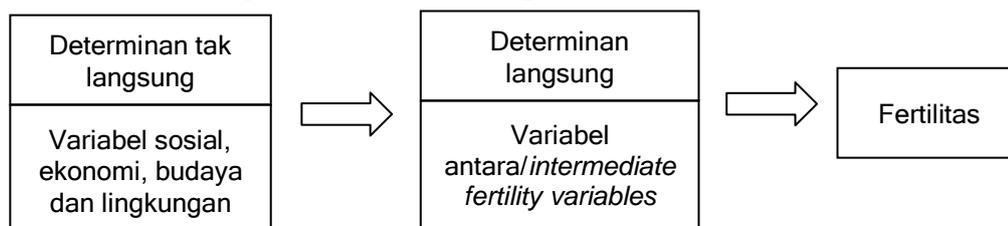
Hasil analisis sekunder dari hasil survei *Performance Monitoring and Accountability* (PMA) yang dilakukan tahun 2015 oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan *John Hopkins University* (JHU), Universitas Gadjah Mada (UGM), Universitas Hasanuddin (UNHAS), dan Universitas Sumatera Utara (USU) menemukan bahwa pada umumnya pemakaian KB di pedesaan lebih kecil dibanding di perkotaan. (Pujihavuty, 2018).

Metode KB suntik dan pil tetap menjadi primadona bagi wanita PUS, baik di pedesaan maupun di perkotaan. Sementara itu, metode jangka panjang, seperti IUD dan sterilisasi, lebih banyak digunakan oleh wanita

PUS di daerah perkotaan. Sebaliknya, untuk KB implan lebih banyak digunakan wanita PUS di wilayah pedesaan. Untuk metode KB tradisional, khususnya pantang berkala, lebih banyak digunakan di daerah perkotaan dari pada di daerah pedesaan. Hal ini menunjukkan fenomena pemakaian KB tradisional di wilayah perkotaan yang cenderung meningkat dan lebih tinggi dibanding di wilayah pedesaan. Pemakaian kontrasepsi di wilayah pedesaan maupun perkotaan sangat erat hubungannya dengan karakteristik demografi dan sosial ekonomi di wilayah masing-masing (Pujihasyuty, 2018).

2. Pengaruh tempat tinggal pada jarak kehamilan

Davis dan Blake (1956) menyatakan bahwa perubahan fertilitas dipengaruhi oleh faktor yang berpengaruh secara *direct determinant* dan faktor yang memiliki pengaruh *indirect determinant* seperti faktor sosial, ekonomi dan budaya serta faktor lingkungan. Hubungan antara faktor tersebut dapat digambarkan melalui gambar berikut:



Gambar 2. Hubungan antar determinan fertilitas (Pujihasyuty, 2018)

tentang bagaimana faktor sosial ekonomi dan budaya yang bergerak melalui apa yang disebut dengan *proximate determinant* dapat mempengaruhi perubahan fertilitas. Adapun pengelompokan faktor-faktor tersebut adalah:

- a. faktor yang memiliki risiko: proporsi wanita kawin

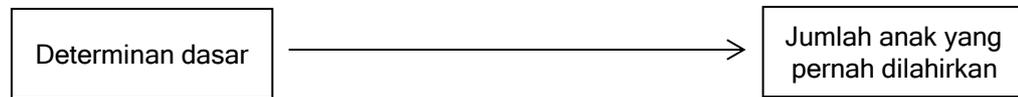
- b. faktor pengendalian fertilitas marital yang disengaja: kontrasepsi dan induksi aborsi
- c. faktor fertilitas marital alami: infekundabilitas laktasional, frekuensi bersanggama, ketidak suburan, *spontaneous intra uterine mortality*, lamanya periode kesuburan.

Sedangkan empat variabel *proximate determinant* utama yang paling dapat menjelaskan perbedaan fertilitas tersebut adalah: proporsi wanita kawin, kontrasepsi, infekundabilitas laktasional, dan induksi aborsi. Bongaarts (1982) telah melakukan agregat analisis menggunakan unit analisis negara dan telah berhasil menunjukkan bahwa variasi fertilitas dapat dijelaskan oleh perbedaan variasi dari faktor perkawinan, menyusui, kontrasepsi dan induksi aborsi.

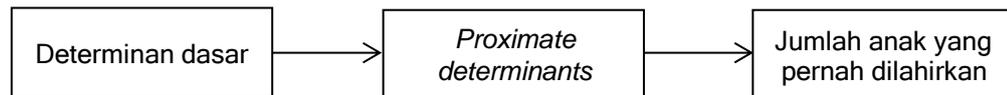
Menggunakan model yang diajukan pada penelitian sebelumnya, Bongaarts mengasumsikan bahwa total fekunditas untuk semua negara yang diamati adalah identik kemudian ia menguji seberapa baik hasil estimasi yang dihasilkan. Variasi yang dapat dijelaskan oleh model yang dihasilkan mencapai 0,96 atau 96%. Hasil ini sangat memuaskan mengingat data yang diamati adalah data sosial. Untuk memperkuat kerangka pikir yang diajukan oleh Bongaarts (1978), Richard A. Esterlin menjelaskan bagaimana transformasi sosial ekonomi politik dan perilaku manusia yang disebut modernisasi dapat mempengaruhi transisi fertilitas melalui dan hanya melalui *proximate determinants*. Determinan dasar yang dimaksud mencakup variabel modernisasi

(pendidikan, perkotaanisasi dan lain sebagainya), faktor budaya (etnis/suku, agama, dsb) dan determinan lainnya (Easterlin, 1983).

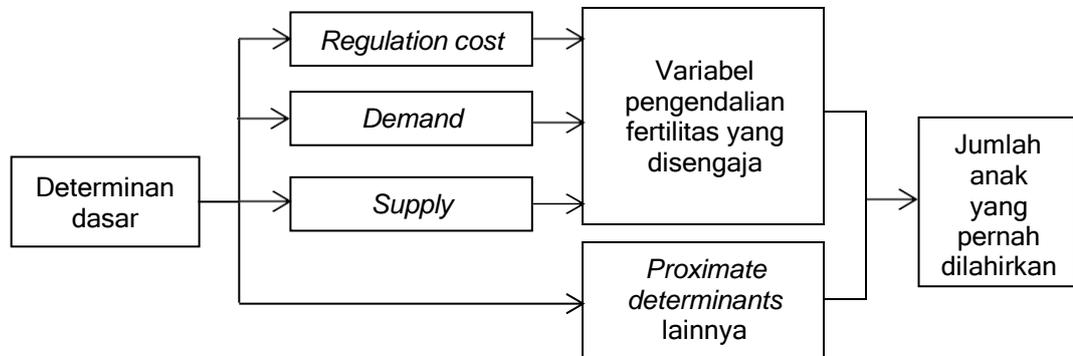
Regresi multivariat pada determinan dasar



Analisis *proximate determinants*



Pendekatan dari pengembangan kerangka pikir



Gambar 3 Regresi multivariat dan pendekatan dari pengembangan kerangka pikir (Easterlin, 1983)

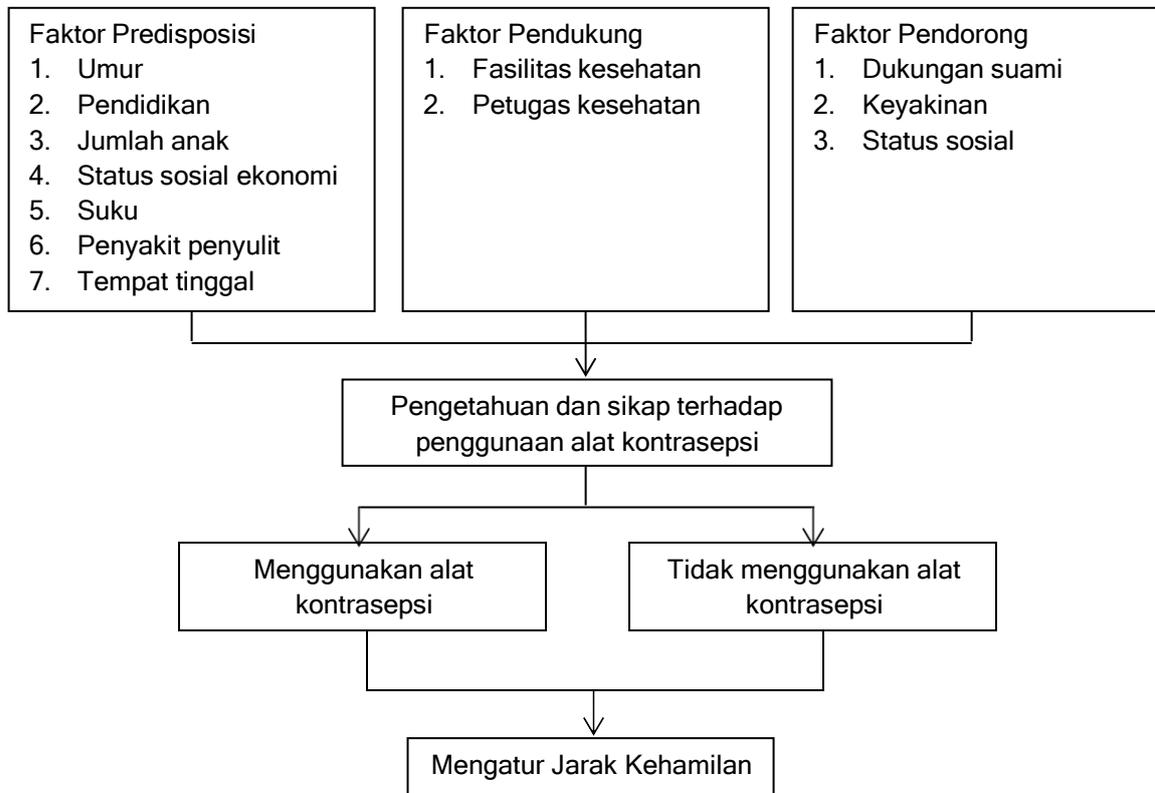
Easterlin (1983) menambahkan suatu set variabel yang selanjutnya dinyatakan sebagai variabel intervening yaitu: *supply*, *demand*, dan *regulation cost*. dijelaskan bahwa variabel modernisasi secara langsung mempengaruhi variabel intervensi yang pada akhirnya akan membentuk penggunaan variabel pengendalian fertilitas yang disengaja seperti penggunaan alat kontrasepsi dan aborsi. Untuk selanjutnya bersama-sama variabel *proximate determinants* lainnya akan menentukan perubahan fertilitas yang diamati. Variabel *proximate determinants* lainnya seperti *post partum infencudability*, penundaan kehamilan dan

lainnya juga dipengaruhi oleh modernisasi. fokus utama pada pengendalian fertilitas yang disengaja dikarenakan perubahan pada variabel ini sebagai sumber dari perubahan fertilitas yang diamati oleh Easterlin.

Meskipun demikian beberapa peneliti dengan menggunakan data individual masih menemukan adanya efek langsung dari faktor sosial ekonomi terhadap fertilitas. Beberapa peneliti dalam menanggapi temuan tersebut berargumen bahwa ada tiga penjelasan yang dapat menjelaskan tentang perbedaan antara teori dan analisis empiris pada level mikro. Pertama teknik pengukuran yang digunakan untuk mengukur *proximate determinants* tidak cukup memenuhi operasionalisasi teoritis. Kedua Karena tidak semua *proximate determinants* dapat dihitung dengan mudah maka ada kemungkinan terbaikannya variabel terpenting dalam model. ketiga bisa jadi efek dari beberapa variabel antara atau variabel sosial ekonomi lebih berupa efek kurvalinier ketimbang efek linear.

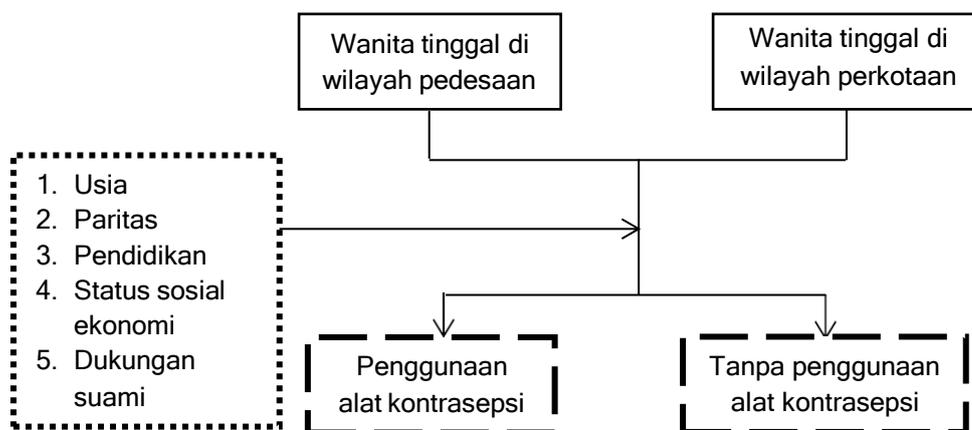
Bukti empiris dari beberapa penelitian dari kultur budaya yang berbeda telah menunjukkan adanya hubungan antara jarak kehamilan dengan kerangka konseptual yang diajukan oleh Davis dan Blake atau Bongaarts. Beberapa penelitian menunjukkan secara empiris walaupun dalam jangka waktu dan kultur budaya yang berbeda semakin lamanya *amenore laktasi* akibat menyusui dapat memperpanjang jarak kehamilan. Jarak kehamilan juga sangat dipengaruhi oleh penggunaan alat dan obat kontrasepsi (Easterlin, 1982).

E. Kerangka teori



Gambar 4 Kerangka teori penelitian

F. Kerangka Konsep



Gambar 5. Kerangka konsep penelitian

Keterangan:

-  Variabel bebas
-  Variabel antara
-  Variabel terikat
-  Variabel perancu

G. Hipotesis

1. Jarak kehamilan wanita yang tinggal di daerah pedesaan lebih pendek dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah perkotaan.
2. Penggunaan kontrasepsi wanita yang tinggal di daerah pedesaan lebih sedikit dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah perkotaan.

H. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Tempat tinggal	Tempat subjek penelitian menetap pada saat dilakukan wawancara. Penetapan daerah perkotaan dan pedesaan ditentukan berdasarkan data geografis dan kependudukan di lokasi penelitian.	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = pedesaan (daerah pedesaan) 1 = perkotaan (daerah perkotaan)	Ordinal
Usia	Usia ibu saat penelitian dilakukan, berdasarkan tanggal lahir ibu. Dikategorikan menurut fase penggunaan kontrasepsi	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = usia berisiko (<19 tahun atau >35 tahun) 1 = usia reproduksi (19 - 35 tahun)	Interval
Paritas	Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh wanita	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = grande multipara (>4) 1 = multipara (1 - 4)	Interval
Pendidikan	Tahun pendidikan formal yang pernah ibu jalani	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = rendah (≤ 9 tahun) 1 = tinggi (>9 tahun)	Interval
Status sosial ekonomi	Kondisi keuangan keluarga, dinilai	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = rendah (pendapatan bulanan <2 juta)	Interval

	berdasarkan kategori penghasilan			1 = sedang (pendapatan bulanan 2 juta-5 juta) 2 = tinggi (pendapatan bulanan >5 juta)	
Dukungan suami	Sikap atau perilaku suami yang menunjukkan persetujuan untuk menggunakan jenis kontrasepsi	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = tidak mendukung 1 = mendukung	Ordinal
Penggunaan alat kontrasepsi	Jenis kontrasepsi yang saat ini digunakan oleh subjek	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = tidak menggunakan alkon 1 = menggunakan kontrasepsi	Ordinal
Kontrasepsi yang dipakai	Metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = tidak menggunakan 1 = Pil Kombinasi 2 = Mini Pil 3 = Suntik 1 bulan 4 = Suntik 3 bulan 5 = Implan 6 = AKDR 7 = Senggama Terputus	Ordinal

Jarak kehamilan	Jarak kehamilan yang diukur berdasarkan jarak antara peristiwa kehamilan hidup dan awal kehamilan berikutnya	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pada data karakteristik	0 = <2 tahun 1 = ≥2 tahun	Interval
-----------------	--	-----------	--	------------------------------	----------