

Employment Status, Family Income, Contraceptive Availability, and their Effects on the Use of Long Term Contraceptives in Sukoharjo, Central Java

Sri Setiyo Ningrum^{1,2)}DonoIndarto^{2,3)}, Mahendra Wijaya^{2,4)}

¹⁾Diploma III Program in Midwifery, Poltekkes Bhakti Mulia, Sukoharjo

²⁾Masters Program in Public Health, Sebelas Maret University, Surakarta

³⁾Faculty of Medicine, Sebelas Maret University, Surakarta

⁴⁾Faculty of Social and Political Sciences, Sebelas Maret University, Surakarta

ABSTRACT

Background: Rapid population growth cause population burden on earth and imbalance population distribution. This situation in turn make cause public health and social problems. One of the methods that can be used to control population growth is long term contraceptive use. The Indonesian Demographic and Health Survey (SDKI) showed that employed mothers were more likely to use long term contraceptive than unemployed mothers. Contraceptives are available for free at Family Planning Clinic (KKB). This study aimed to analyze the effect of employment status, family income, and contraceptive availability, on the use of long term contraceptive among women and men of reproductive age in Sukoharjo, Central Java.

Subjects and Method: This was a qualitative analytic and descriptive study with phenomenology approach. This study was conducted in Weru, Kartasura, Polokarto, and Tawang Sari subdistricts, Sukoharjo, Central Java. The key informants included acceptors of implant, Intra Uterine Device (IUD), Female Surgical Method (MOW), and Male Surgical Method (MOP). The data were collected by in-depth interview, Focus Group Discussion (FGD), observation, document review. The data were analyzed by interactive analysis. The data were verified by triangulation of data sources.

Results: Two informants reported they chose IUD because they had to work outside the house, undesirable side effects of using oral contraceptive, injection contraceptive, and contraceptive use by their mothers and grandmothers. Some other informants have used implant because of undesirable side effect of using injection contraceptive, such as irregular menstruation and increased body weight. Two other informants have used female surgical method (MOW) because they already have three children and do not want to be pregnant again. One male informant reported that he has used male surgical method (MOP) because already has four children, and he followed the methods his father has used. Most of the long term contraceptive users work outside the house and their incomes were lower than the minimum regional standard wage. Most of the long term contraceptive users receive free contraceptive and additional reward (e.g. free rice). The remaining long term contraceptive users buy contraceptives at the health center and hospital. The contraceptives were supplied by the National Coordinating Board of Population and Family Planning (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, BKKBN) at province level. Village midwives did not receive free contraceptive because their practices have not been classified as Family Planning Clinics (KKB).

Conclusion: Availability of contraceptive is a necessary condition for long term contraceptive use. Working outside the house is an additional factor for most women to realize long term contraceptive use.

Keywords: Employment status, family income, availability, long term contraceptive

Correspondence:

Sri Setiyo Ningrum. Diploma III Program in Midwifery, Poltekkes Bhakti Mulia, Sukoharjo, Central Java. Email: srisetiyo ningrum@ymail.com.

LATAR BELAKANG

Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) secara nasional tidak banyak mengalami perubahan. LPP di Indonesia pada periode tahun 2000–2010 dan tahun 2010-2014 sebesar 1.49 %. Sedangkan, LPP di Jawa Tengah meningkat dari 0.37 % menjadi 0.82 % pada periode yang sama (BPS, 2015; BKKBN, 2014). Selanjutnya LPP di Kabupaten Sukoharjo pada tahun 2010-2014 meningkat sekitar 0.69% (DKK Sukoharjo, 2014).

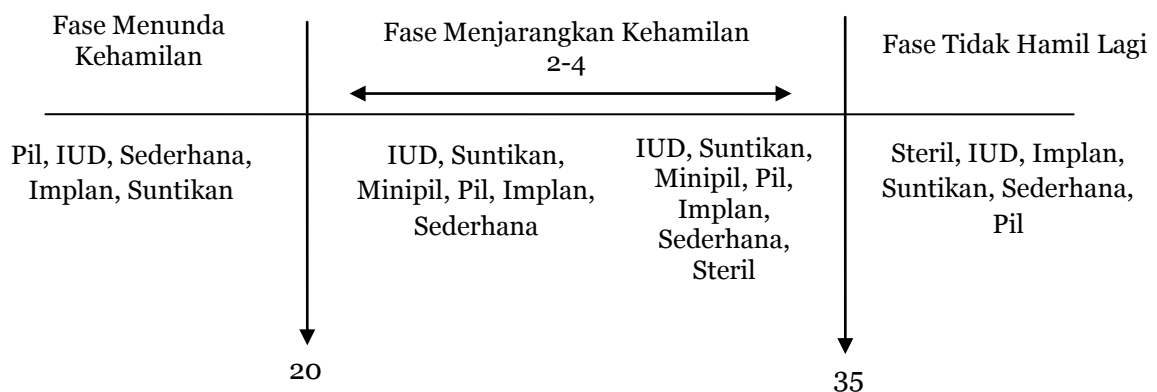
LPP yang cepat dapat menyebabkan ketidakseimbangan penyebaran penduduk di berbagai wilayah Indonesia. Salah satunya adalah perpindahan penduduk dari desa ke kota untuk mencari pekerjaan. Keadaan ini menimbulkan berbagai masalah seperti misalnya penurunan kualitas lingkungan hidup, pemukiman kumuh, pengurangan lapangan pekerjaan dan peningkatan masalah sosial ekonomi. LPP yang pesat harus diimbangi dengan peningkatan pemenuhan kebutuhan hidup yang bermutu dan dalam jumlah yang banyak (Kemenkes, 2013).

Upaya yang efektif untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk adalah melalui pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB). Tujuan KB adalah mewujudkan Norma Keluarga Kecil, Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) sehingga dapat memberikan kontribusi terhadap perubahan jumlah, struktur komposisi dan penyebaran pendu-

duk sesuai dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan hidup (BKKBN, 2015).

Program KB merupakan program kegiatan promotif dan preventif yang terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan. Pelayanan promotif dan preventif meliputi konseling dan penggunaan kontrasepsi non-MKJP dan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) (Kemenkes, 2013). Sehingga MKJP merupakan metode kontrasepsi yang harus digalakkan (Kemenkes, 2015). MKJP merupakan metode kontrasepsi yang efektifitasnya relatif lama antaratahun sampaisumurhidup yang terdiri dari implan, *Intra Uterine Device* (IUD), Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP) (BKKBN, 2014).

Pencapaian program KB di Indonesia masih jauh dari target program Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Target penggunaan MKJP adalah 18.3 % pada tahun 2014 dan ditargetkan menjadi 2.5% pada tahun 2019. Target yang sama juga berlaku pada angka prevalensi semua jenis kontrasepsi pada perempuan usia 15–49 tahun dari 61.9% menjadi 66.0%. Arah kebijakan dan strategi penggunaan MKJP adalah untuk mengurangi *drop-out* dengan mempertimbangkan pada prinsip Rasional, Efektif dan Efisien (BKKBN, 2015; BPPN, 2014).



Gambar 1. Urutan pemilihan kontrasepsi yang rasional

Menurut Affandi (2011), pemilihan kontrasepsi yang rasional dibagi menjadi 3 fase yaitu (1) fase menunda kehamilan: kehamilan dan kelahiran pertama pada usia minimal 20 tahun yang dimaksudkan untuk meminimalkan risiko ibu dan anak; (2) fase menjarangkan kehamilan: jarak yang terbaik antara anak pertama dan kedua adalah 2-4 tahun. Jika seorang ibu pernah mengalami keguguran alternatif KB bisa digunakan untuk memulihkan kondisi kesehatan akibat kuretase dan (3) fase tidak hamil lagi: suatu keluarga diharapkan tidak hamil lagi setelah memiliki anak 2 dan usia istri ≥ 35 tahun (Gambar 1).

Asih dan Oesman (2009) melaporkan faktor yang berpengaruh kuat terhadap penggunaan MKJP, yaitu usia (OR= 3.15), penerangan KB dari Tokoh Masyarakat (TOMA)/Tokoh Agama (TOGA) (OR=1.35), pekerjaan ibu (OR=1.35), peran media cetak (OR=1.35) dan pengetahuan tentang kontrasepsi (OR=1.34). Sedangkan Natusion (2011) menyebutkan bahwa beberapa faktor berpengaruh terhadap penggunaan MKJP di Indonesia yaitu Wanita Usia Subur (WUS) yang berusia lebih dari 30 tahun, jumlah anak lebih dari 1 atau 3 anak, lebih dari 10 tahun usia pernikahan, tingkat pendidikan di atas Sekolah Menengah Atas (SMA) dan bertempat tinggal di perkotaan.

Hambatan penggunaan MKJP di Jawa Timur adalah terjadinya kegagalan IUD, larangan dari suami dan efek samping yang mempengaruhi hubungan saat melakukan hubungan intim. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pekerjaan, pendapatan dan ketersediaan alat kontrasepsi yang mempengaruhi penggunaan MKJP di Kabupaten Sukoharjo.

SUBJEK DAN METODE

Desain penelitian adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan fenomenologi.

Penelitian dilaksanakan bulan November 2016-Januari 2017 di Desa Jatingarang Puskesmas Weru, Desa Makamhaji Puskesmas Kartasura, Desa Mranggen Puskesmas Polokarto dan Desa Kedungjambal Puskesmas Tawang Sari.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Informan dipilih yang informatif dan mempunyai pengalaman sesuai dengan fenomena penelitian dengan jenis *maximum variation sampling*, yaitu variasi pada keleluasan atau keragaman elemen masyarakat yang diteliti dan mewakili penelitian. Subjek penelitian adalah 15 peserta KB aktif implan, IUD, MOW dan MOP yang berusia antara 15-49 tahun. Teknik pengumpulan data menggunakan *in-depth interview*, *Focus Group Discussion* (FGD), observasi dan analisis dokumentasi.

Analisis data menggunakan model analisis interaktif kualitatif yaitu pengambilan kesimpulan dari hasil wawancara yang dilakukan dengan reduksi data, penyajian data kemudian dilakukan verifikasi menggunakan teknik triangulasi sumber dengan bidan desa, Kantor Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (KPPKB) kabupaten, Pembantu Pembina Keluarga Berencana (PPKB) kecamatan dan TOMA.

HASIL

1. Pekerjaan

Meningkatnya perempuan bekerja di beberapa negara menurunkan keinginan untuk mempunyai anak lagi. Perempuan yang mempunyai penghasilan sendiri dapat meningkatkan pemakaian alat kontrasepsi (BKKBN, 2014). Tabel 1 memperlihatkan mata pencaharian penduduk di Desa Jatingarang, Kecamatan Weru. Buruh tani merupakan jenis pekerjaan yang paling banyak (17.48 %) di desa Jatingarang karena sebagian besar luas wilayah digunakan untuk lahan persawahan (120 ha/m²).

Tabel 1. Karakteristik penduduk pada mata pencaharian di Desa Jatingarang

Jenis Pekerjaan	Jenis Kelamin			
	Laki-laki	%	Perempuan	%
- Petani	505	7.96	303	4.78
- Buruh tani	837	13.19	272	4.29
- Buruh migran	73	1.15	60	0.95
- Pegawai Negeri Sipil	51	0.80	39	0.61
- Dokter swasta	1	0.02	3	0.05
- Bidan swasta	0	0.00	1	0.02
- Perawat swasta	0	0.00	1	0.02
- Dukun terlatih	0	0.00	1	0.02
- Wiraswasta	214	3.37	87	1.37
- Karyawan swasta	33	0.52	35	0.55
- Karyawan pemerintah	6	0.09	2	0.03
- Lain – lain	1.477	23.28	2.344	36.94

Berbeda dengan desa Jatingarang, desa Makam haji, Kecamatan Kartasura berdekatan dengan Kota Solo. Sebagian besar lahan digunakan untuk pemukiman penduduk sebesar 177,624 ha/m², 23 ha/m²

untuk lahan kuburan, lahan persawahan 7 ha/m² dan lahan perkantoran 3 ha/m². Sehingga mayoritas penduduk bermata pencaharian sebagai karyawan swasta sebesar 34.06% (Tabel 2).

Tabel 2. Karakteristik penduduk pada mata pencaharian penduduk Desa Makamhaji

Jenis Pekerjaan	Jenis Kelamin			
	Laki-laki	%	Perempuan	%
- Petani	5	0.03	0	0.00
- Buruh migran	93	0.53	51	0.29
- Pegawai Negeri Sipil	331	1.87	220	1.24
- Dokter swasta	17	0.10	15	0.08
- Bidan swasta	0	0.00	25	0.18
- Perawat swasta	15	0.08	35	0.20
- Pengacara dan Notaris	10	0.06	7	0.04
- Dosen swasta	57	0.32	40	0.23
- Wiraswasta	1.613	9.12	1.009	5.70
- Karyawan swasta	3.450	19.50	2.575	14.56
- Karyawan pemerintah	205	1.16	117	0.66
- Lain – lain	3.007	17.00	4.792	27.09

Pekerjaan beberapa peserta KB adalah Ibu Rumah Tangga (IRT) sehingga pendapatan keluarga diperoleh dari suami. Walaupun pendapatan keluarga dari suami, keputusan untuk ber-KB diserahkan kepada istri. Namun, jika perempuan be-

kerja di luarrumah, penggunaan MKJP lebih besar karena manfaat yang dirasakan dalam ber-KB. Pernyataan yang disampaikan informan IU. J dibawah ini:

“Kulo namung pedagang mbak (IU. J)”

Artinya: Pekerjaan saya sebagai pedagang mbak.

“Saya bekerja sebagai karyawan disini mbak. Saya sekarang pakai IUD, cuma mau cari yang aman biar ndak mikir–mikir kayak gitu. Suami saya terserah mau KB apa mendukung (IU. EA)”

Tabel 3 menunjukkan mata pencaharian penduduk Desa Mranggen, Kecamatan Polokarto. Sebanyak 25.43% penduduk di Desa Jatingarang memiliki mata pencaharian buruh tani. Sebagian besar luas wilayah desa digunakan untuk lahan pertanian (241.60 ha/m²).

Tabel 3. Karakteristik penduduk pada mata pencaharian Desa Mranggen

Jenis Pekerjaan	Jenis Kelamin			
	Laki-laki	%	Perempuan	%
- Petani	600	6.75	24	0.27
- Buruh tani	2.000	22.51	259	2.92
- Pegawai Negeri Sipil	78	0.88	54	0.61
- Bidan swasta	0	0.00	2	0.02
- Perawat swasta	6	0.07	0	0.00
- Pengacara	1	0.01	0	0.00
- Dukun terlatih	0	0.00	3	0.03
- Wiraswasta	66	0.74	9	0.10
- Karyawan swasta	600	6.75	529	5.95
- Dosen swasta	3	0.03	3	0.03
- Lain – lain	1.108	12.47	3.539	39.84

Tabel 4. Karakteristik penduduk berdasarkan mata pencaharian Desa Kedungjambal

Jenis Pekerjaan	Jenis Kelamin			
	Laki-laki	%	Perempuan	%
- Petani	252	4.96	259	5.10
- Buruh tani	619	12.18	604	11.89
- Pegawai Negeri Sipil	92	1.81	25	0.49
- Bidan swasta	0	0.00	1	0.02
- Perawat swasta	0	0.00	7	0.14
- Dosen swasta	1	0.02	2	0.04
- Karyawan swasta	126	2.48	189	3.72
- Wiraswasta	389	7.66	410	8.07
- Lain – lain	953	18.76	1.152	22.67

Desa Kedung jambal, Kecamatan Tawang-sari sama seperti Desa Jatingarang dan Desa Mranggen. Sebanyak 24.07% penduduk Kedungjambal bermata pencaharian buruh tani (Tabel 4). Sedangkan, 22.67% perempuan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Perempuan yang bekerja cenderung memilih MKJP karena lebih menyadari manfaat KB yaitu tidak memerlukan pemeriksaan rutin bulanan ke tenaga kesehatan

dan mengurangi terjadi risiko lupa, sehingga meningkatkan produktifitas bekerja. Berikut penuturannya:

“Kalau di kerjaan punya anak 5 kan yo bola bali cuti kan yo piye (IP.W)”

Artinya: Kalau bekerja jika punya anak 5 sering cuti karena melahirkan juga bagaimana.

2. Pendapatan

Pengaruh pendapatan terhadap penggunaan MKJP berkaitan dengan daya beli

dalam pemakaian kontrasepsi. Beberapa Kebijakan dari pemerintah yang memudahkan akseptor dalam menerima pelayanan MKJP secara gratis dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ataupun kegiatan pelayanan KB serentak yang dilakukan di Puskesmas atau Rumah Sakit. Beban biaya yang dikenakan terhadap akseptor yang tidak punya JKN masih relatif terjangkau. Pemasangan dan pelepasan IUD dan implan di puskesmas dengan biaya Rp. 20,000 sesuai Peraturan Daerah No. 12 tahun 2009 Kabupaten Sukoharjo.

Dalam program pemerintah tentang KB serentak dilakukan enam kali dalam satu tahun pada bulan tertentu yang bekerjasama dengan berbagai lintas sektor.

Penyampaian informasi pelayanan KB serentak ke calon akseptor dilakukan oleh Pembantu Pembina Keluarga Berencana (PPKB), bidan desa dan Pembantu Pembina Keluarga Berencana Desa (PPKBD)/-Sub PPKBD/Sub Klinik Desa (SKD). Semisal belum mempunyai alat komunikasi, dari SKD akan keliling desa atau saat ada posyandu disampaikan informasi tentang pelaksanaan KB serentak. Berikut penuturan berkaitan dengan pendapatan:

“Pendapatan pedagang niku pinten mbak, paling sehari Rp. 20.000 (IU. J)”

Artinya: Pendapatan saya sebagai pedagang paling berapa mbak satu hari dapat Rp 20,000.

Tabel 5. Karakteristik informan utama

Nama	Usia (tahun)	Pekerjaan	Pendapatan (rupiah)
IU. SR	33	IRT	-
IU. L	33	IRT	-
IU. J	34	Pedagang	600,000
IU. HR	27	IRT	-
IU. MY	39	Beternak dan cocok tanam	1,000,000
IU. SH	33	IRT	-
IU. HK	31	IRT	-
IU. SJ	41	IRT	-
IU. MH	39	IRT	-
IU. IS	38	IRT	-
IU. M	49	Buruh	1,000,000
IU. W	49	Pedagang	1,000,000
IU. EA	31	Karyawan	1,000,000
IU. SS	37	Wiraswasta	500,000
IU. S	46	Wiraswasta	1,000,000

Tabel 5 memperlihatkan gambaran karakteristik pekerjaan dari informan utama sebagai akseptor MKJP didominasi dengan IRT yang rata-rata pendapatan keluarga didapatkan dari penghasilan suami.

3. Ketersediaan Alat Kontrasepsi

Penyedia alkon sepenuhnya dipenuhi dari BKKBN provinsi. Alurnya KPPKB ke Klinik Keluarga Berencana (KKB), kalau di Sukoharjo ada 36 KKB. Setiap bulan membuat laporan dari laporan tersebut bisa dimonitor hasil capaian akseptornya, jumlah alkon yang digunakan sebelum habis di-

koordinasikan kepada KPPKB kabupaten dengan koordinator di kecamatan maka didapatkan tambahan alkon. Di Kabupaten Sukoharjo untuk penyediaan alkon sampai saat ini 100 % terpenuhi.

Permintaan alat dan obat kontrasepsi (alkon) dari provinsi bisa dipenuhi. Tetapi ada alkon yang tidak diberikan dari provinsi yaitu suntik satu bulan sehingga yang diberikan suntik yang tiga bulan sesuai yang diberikan provinsi. Berikut penuturannya:

“Penyediaan alkon sudah terpenuhi di masing–masing kecamatan. PPM ditentukan oleh BKKBN Provinsi yang dibagi rata sesuai dengan perhitungan per desa di kecamatan. (IP. SS)”

Program KB yang bertujuan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan KB berkualitas bagi peserta KB dan Pasangan Usia Subur (PUS) yang ingin KB tetapi belum terlayani, membantu pasokan alat/obat kontrasepsi, pendistribusian serta menjamin ketersediaan kontrasepsi sehingga, diperlukan koordinasi antara pihak Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) kecamatan dengan bidan puskesmas selaku tenaga kesehatan sebagai pelaksana pelayanan KB sehingga pemenuhan alkon segera dikirim dari KPPKB kabupaten ke puskesmas induk yang dianggap sebagai KKB. Tetapi memang masih ada kendala yang berkaitan dengan jejaring, puskesmas induk mempunyai jejaring di Puskesmas Pembantu (Pustu)/Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) dan Pusat Layanan Terpadu (Posyandu) sehingga bisa melakukan pelayanan KB gratis tetapi laporan tetap ke puskesmas induk. Bidan Praktik Mandiri (BPM)/Bidan Praktik Swasta (BPS) belum bisa diakui sebagai KKB sehingga pelayanan KB dilakukan secara mandiri/swasta karena untuk BPM sesuai kebijakan yang ada harus menjadi jejaring dokter praktik swasta. Akan tetapi jarang dokter praktik swasta yang mau menjadi jejaring. Berikut beberapa pernyataan selengkapnya yang disampaikan di bawah ini: *“Kalau di PKD saya sendiri kalau mau pasang IUD maupun implan ya harus beli sendiri. Jadi secara alat kita tidak di drop. Jadi tidak bisa pelayanan secara gratis tetap mandiri. Padahal jejaring lho.(IP. NA)”*

“Sudah terpenuhi untuk ketersediaan alkon tetapi masih ada kendala yaitu jaringan alkon ke Bidan Praktik Mandiri

(BPM) masih belum bisa terealisasi dengan baik. Namun untuk ketersediaan alkon di puskesmas sudah terpenuhi.(IP. SS)”

“Lha kalau BPS/BPM itu harus menjadi jejaring dengan dokter praktik swasta dulu. Tapi jalur ke BPS minim sekali. Ambil alkon mengeklemkan BPJS juga lewat dokter praktik swasta tapi jarang karena jarang dokter yang mau jadi jejaring jadi kan susah. Tapi kalau kita langsung ke bidan kita salah, karena kita terbentur aturan.(IP. M)”

Masih adanya beberapa kendala dalam pendistribusian alkon yang mungkin di buat prosedur yang bisa memudahkan dalam mengambil alkon di apotik puskesmas. Koordinasi antara tenaga kesehatan yang ada di puskesmas dengan PLKB kecamatan untuk meringankan dan tidak menghambat pelaksanaan program KB untuk meningkatkan cakupan kepesertaan KB. Berikut pernyataannya:

“Sebenarnya tidak ada prosedur tertentu hanya kebijakan saja, untuk yang di baki itu lancar-lancar saja. saya itu kalau mau kedesa bilang “mbak saya butuh pil, kondom tolong disediakan” disana langsung menyediakan. Tetapi disini tidak dari kabupaten langsung masuk puskesmas lalu ke apotik nah disini dari apotik yang sulit bukan main. Di desa itu mengeluh juga kenapa susah, sudah bilang ke dokternya tetapi belum terealisasi. Karena jejaring juga berhak menerima alat kontrasepsi seperti bidan desa, yang penting punya calon dilaksanakan dia setor alkon ke puskesmas tetapi sini terkendala di apotik. (IP. SW)”

PEMBAHASAN

Pekerjaan yang dilakukan oleh sebagian besar akseptor sebagai IRT sehingga pendapatan keluarga yang diperoleh didapatkan dari suami tetapi untuk keputusan

dalam ber-KB dilakukan oleh pasangan sehingga ada kesepakatan bersama untuk memilih jenis MKJP. Pengalaman KB sebelumnya atau dari keluarga yang lain juga mempunyai peranan dalam pemilihan kontrasepsi. Fasilitas JKN bisa digunakan dalam pelayanan MKJP di puskesmas atau dibantu dengan bidan desa, SKD dan PLKB dapat dilakukan pelayanan KB serentak. Penelitian Gonzalez et al., (2010) menggambarkan bahwa pendapatan yang rendah menyebabkan adanya kesenjangan kesehatan. Ketidaksetaraan sosial ekonomi membuat pelayanan MKJP tidak bisa terlaksana dengan baik.

Seorang perempuan yang bekerja maka keinginan untuk menambah anak akan lebih rendah dibandingkan dengan perempuan yang tidak bekerja. Perempuan yang bekerja ingin mengatur kehamilannya agar dapat bekerja lebih baik dan mempunyai anak dalam waktu tertentu sesuai rencana (Asih dan Oesman, 2009).

Kontrasepsi yang relatif murah tentunya akan mendorong akseptor baru untuk menggunakannya tetapi dalam penelitian ini ditemukan bahwa informasi tentang efek samping dan rasa takut dalam penggunaan MKJP masih diyakini masyarakat sebagai pedoman dalam pengambilan keputusan dalam ber-KB. Sesuai penelitian Nasution (2011) mengungkapkan bahwa adanya hambatan di daerah dalam upaya meningkatkan penggunaan MKJP yaitu rumor yang berkembang di Jawa Timur mengenai terjadinya kegagalan IUD, larangan dari suami dan efek samping yang mempengaruhi hubungan saat melakukan hubungan intim. Sehingga membuat masyarakat takut dalam penggunaan MKJP. Penelitian Getinet (2014) menyatakan bahwa MKJP merupakan metode kontrasepsi yang aman, efektif, murah dan reversibel, memerlukan sedikit atau tidak adanya pemeliharaan dan memiliki tingkat efek-

tivitas yang baik dari pada metode lain seperti hormonal.

Perencanaan kebutuhan alat/obat kontrasepsi setiap tahun dilakukan dengan cara menghitung berdasarkan data sasaran kepesertaan ber-KB dalam Pemenuhan Permintaan Masyarakat (PPM) baik peserta KB baru maupun peserta KB aktif dengan menggunakan rumusan tertentu dan data *stock* kontrasepsi di gudang pada akhir bulan (Pujihastuty dan Winarni, 2011). Peraturan Kepala (Perka) BKKBN No. 151/PER/EI/2011 dengan tujuan meningkatkan akses, kualitas dan menjamin pelayanan KB pasca persalinan di seluruh fasilitas pelayanan diantaranya memberi jaminan ketersediaan alat, obat dan cara kontrasepsi bagi seluruh peserta baru KB; dukungan sarana pelayanan KB (IUD kit, implan kit, *obgyn bed*); peningkatan kompetensi provider dalam pelayanan KB, memberikan pengayoman pengguna MKJP (Nasution, 2011).

Ketersediaan alkon dalam penelitian ini terpenuhi dan tersedia di fasilitas kesehatan KB dan kesehatan reproduksi serta jejaring pelayanan yang didukung oleh pendayagunaan pelayanan KB (BPPN, 2014). Kendala yang dihadapi dalam ketersediaan alkon adalah jejaring ke bidan yang belum bisa dilakukan karena BPM/BPS belum dianggap sebagai Klinik KB sehingga harus menjadi jejaring dokter praktek swasta sedangkan dokter praktek swasta jarang yang mau menjadi jejaring. Demikian rantai ketersediaan alkon untuk pemberian pelayanan KB gratis terputus karena berkaitan dengan prosedur dalam melakukan klaim.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pekerjaan yang mempengaruhi penggunaan MKJP. Pendapatan dan ketersediaan alat dan obat kontrasepsi tidak mempengaruhi terhadap penggunaan MKJP.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi B (2011). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Asih L, Oesman H (2009). Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pemakaian Kontrasepsi Jangka Panjang. Analisis Lanjut SDKI 2007. PUSLITBANG KB dan Kesehatan Reproduksi. Jakarta: BKKBN.
- Badan Pusat Statistik Indonesia (2015). *Laju Pertumbuhan Penduduk Per Tahun Menurut Provinsi*.
- BKKBN (2014). *Pedoman Penyelenggara Pelayanan Keluarga Berencana dalam Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: DITJALPEM BKKBN.
- _____ (2015). *Rencana Strategi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2015-2019*. Jakarta: BKKBN.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BPPN). (2014). *Peraturan Pemerintah RI nomor 2 tahun 2015 Tentang Rencana Pembangunan jangka menengah nasional (RPJMN 2015-2019)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Desa Jatingarang (2012). *Data Profil Desa dan Tingkat Perkembangan Desa*.
- Desa Makahaji (2013). *Data Profil Desa dan Tingkat Perkembangan Desa*.
- Desa Mranggen (2013). *Data Profil Desa dan Tingkat Perkembangan Desa*.
- Desa Kedungjambal (2013). *Data Profil Desa dan Tingkat Perkembangan*
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Sukoharjo*.
- Getinet, Abdrahman, Kemaw, Kansa, Getachew, Hailu, Workineh (2014) Long Acting Contraceptive Method Utilization and Associated Factors among Reproductive Age Women in Arba Minch Town, Ethiopia. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(1): 023-031
- Gonzalez (2010). Comparison of Physical, Public and Human Assets as Determinants of Socioeconomic Inequalities in Contraceptive Use in Colombia-Moving Beyond the Household Wealth Index. *International Journal For Equity in Health*, 9 (10)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta
- _____ (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019* Kepmenkes RI Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015. Jakarta
- _____ (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta
- Nasution SL (2011). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Jangka Panjang di Enam Wilayah Indonesia. Analisis Lanjut SDKI 2011. PUSLITBANG KB dan Keluarga Sejahtera. Jakarta: BKKBN: 1-67.
- Pujihastuty R, Winarni E (2011). Pola Pembiayaan Pelayanan Kontrasepsi di Enam Provinsi di Indonesia dalam Rangka Evaluasi Kebijakan Alat dan Obat Kontrasepsi Gratis. Jakarta: PUSLITBANG KB dan KS BKKBN: 1-44.