

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGGUNAAN METODE KONTRASEPSI
JANGKA PANJANG (MKJP) PADA WANITA USIA 15-49 TAHUN DI WILAYAH PEDESAAN
DI INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

Naura Athira Putri^{1*}, Sudarto Ronoatmodjo²

¹Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia,
Depok 16424, Indonesia

²Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Lantai 1 Gedung A
Kampus Baru UI Depok 16424, Indonesia

*Corresponding author: naura.athira@ui.ac.id

ABSTRACT

The Long-Term Contraceptive Method (LTCM) is a contraceptive method that can be used for a long time, start from 3 years to permanent. Contraceptive method that are included in LTCM are IUD, implant, tubectomy, and vasectomy. According to the 2017 IDHS data, LTCM utilization prevalence is much lower in number, compared to the Short-Term Contraceptive Method utilization, even though LTCM is more efficient and safe way to prevent pregnancy. The most used contraceptive method is injectables (29%) and pills (12%) Meanwhile, there are only 5% use IUD, 5% use Implant, 4% use tubectomy, and <1% use vasectomy. This study's objective is to describe the prevalence of LTCM utilization in Indonesia's rural areas, describe the individual characteristics in Indonesia's rural areas, and determine the associated factors of LTCM utilization in women aged 15-49 in Indonesia's rural areas. This is a cross-sectional study using secondary data from IDHS 2017. The analysis used in this study is Chi-Square test and Cox Regression test. The results found that there are significant association between age (APR = 1,4; 95% CI = 1,28-1,56), education level (APR = 1,3; 95% CI = 1,18-1,44), economic status (APR=1,2; 95% CI=1,05-1,33), parity (APR = 1,4; 95% CI = 1,24-1,51), knowledge of contraception (APR = 1,5; 95% CI = 1,32-1,59), source of contraception service (APR = 2; 95% CI = 1,80-2,20), family planning information exposure (APR = 1,1; 95% CI = 1,00-1,21), and partner support to the utilization of LTCM (APR = 1,7; 95% CI = 1,13-2,68). Source of contraception service is the predominant factor in this study (APR = 2; 95% CI = 1,80-2,20).

Keywords: Contraception, Long Term Contraceptive Method, women of childbearing age, rural areas

PENDAHULUAN

Keluarga Berencana (KB) merupakan kemampuan individu atau pasangan dalam mendapatkan anak sesuai dengan jumlah dan

jarak yang diinginkan¹. Kemampuan ini dapat dicapai melalui dua cara, yakni penggunaan kontrasepsi dan penanganan infertilitas. Menurut Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang

Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, KB merupakan upaya mengatur kehamilan, mengatur kelahiran anak, jarak ideal melahirkan, dan usia ideal melahirkan yang dilakukan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi. Program KB bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak dengan mengendalikan kelahiran².

Kontrasepsi merupakan alat, obat, cara, atau perilaku yang dirancang untuk mencegah kehamilan dan infeksi menular seksual^{1,3}. Berdasarkan masa perlingungannya, metode kontrasepsi dibedakan menjadi dua, yaitu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan non-Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non-MKJP)⁴. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang merupakan kontrasepsi yang ditanamkan ke dalam tubuh dan dapat digunakan dalam waktu yang lama, mulai dari 3 tahun sampai dengan selamanya/permanen⁵. Beberapa metode yang termasuk ke dalam MKJP adalah AKDR/IUD, implan atau susuk KB, tubektomi/metode operasi wanita, dan vasektomi/metode operasi pria.

Pada tahun 2017, BKKBN memiliki target sebanyak 21,7% peserta KB aktif yang menggunakan MKJP. Di tahun 2017, terdapat 21,5% pengguna aktif MKJP, sehingga ketercapaiannya adalah 99%⁶. Menurut data yang dihimpun dalam SDKI 2017, penggunaan kontrasepsi modern pada wanita kawin usia 15-49 tahun adalah sebesar 57%. Metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah jenis

kontrasepsi non-MKJP, seperti suntik KB sebanyak 29% dan pil KB sebanyak 12%⁷. Sedangkan, jenis kontrasepsi jangka panjang lebih jarang digunakan oleh wanita kawin, yakni metode implan dan IUD (*Intra Urine Devices*) masing-masing hanya memiliki 5% pengguna, sterilisasi wanita hanya memiliki 4% pengguna, dan sterilisasi pria hanya memiliki < 1% pengguna. Sehingga, MKJP memiliki total 14% pengguna menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Oleh karena itu, walaupun target yang dimiliki oleh pemerintah sudah hampir tercapai, penggunaan MKJP masih berada jauh di bawah penggunaan non-MKJP.

Menurut data SDKI 2017, penggunaan MOW dan IUD di pedesaan memiliki jumlah yang lebih sedikit dibandingkan di perkotaan. Terdapat 4,8% pengguna MOW di kota dan 2,8% pengguna MOW di desa serta 6,7% pengguna IUD di kota dan 2,9% pengguna IUD di desa. Analisis data Survey Kinerja dan Akuntabilitas Program KKBPK (SKAP) 2019 Provinsi Jawa Barat oleh Indraswari, Sari, dan Susanti (2021) juga menunjukkan bahwa MKJP di daerah rural memiliki pengguna yang lebih sedikit dibandingkan di daerah urban⁸. Terdapat sekitar 26,14% pengguna MKJP di perkotaan Provinsi Jawa Barat. Sedangkan, di pedesaan Provinsi Jawa Barat hanya terdapat 15,68% pengguna MKJP. Selain itu, menurut analisis data SDKI 2017 oleh Hariastuti et al., (2021), pengguna MKJP di daerah rural Provinsi Jawa Timur lebih sedikit dibandingkan di daerah urban, yaitu

45,93% di pedesaan dan 54,07% di perkotaan⁹. Penelitian oleh Demeke et al. (2020) juga menyebutkan bahwa tinggal di wilayah urban dapat meningkatkan peluang penggunaan MKJP sampai 1,7 kali lebih tinggi dibandingkan dengan tinggal di wilayah rural¹⁰. Penelitian pada wanita muda berusia 15-24 tahun yang dilakukan di Sub-Sahara Afrika oleh Kamuyango et al. (2022) juga menyebutkan bahwa LARC (*Long Acting Reversible Contraceptive*) seperti IUD dan implan lebih sedikit digunakan di wilayah pedesaan setempat¹¹. Selain itu, penelitian oleh Dasa et al. (2019) pada wanita usia 15-49 tahun di Ethiopia juga menyebutkan bahwa tinggal di wilayah rural dapat menurunkan peluang penggunaan IUD, implan, dan sterilisasi¹². Hal ini disebabkan karena daerah perkotaan memiliki fasilitas pelayanan kontrasepsi yang lebih baik¹³. Sehingga, wanita yang tinggal di pedesaan cenderung lebih sulit untuk mengakses informasi dan layanan kontrasepsi, terutama kontrasepsi yang bersifat jangka panjang.

Penggunaan kontrasepsi merupakan upaya Pemerintah guna menurunkan angka kelahiran. MKJP adalah metode kontrasepsi dengan dampak yang signifikan dan terbukti efektif untuk mengendalikan angka kelahiran total (Total Fertility Rate) karena dapat digunakan selama bertahun-tahun, bahkan dapat digunakan secara permanen⁵. Sebaliknya, kontrasepsi jangka pendek merupakan kontrasepsi yang lebih berisiko untuk terjadi kegagalan¹⁴. Kegagalan kontrasepsi dapat berdampak pada terjadinya

kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) merupakan kehamilan yang terjadi dalam waktu yang tidak tepat atau tidak diinginkan sama sekali. Kelahiran bayi prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), pecah ketuban dini, keguguran/lahir mati, dan aborsi merupakan serangkaian dampak buruk yang dihasilkan oleh tingginya kejadian KTD¹⁵. KTD juga dapat memberikan pengaruh dalam skala yang lebih luas, seperti peningkatan jumlah penduduk yang nantinya dapat berdampak pada kualitas kesehatan, kesejahteraan, pendidikan, dan pembangunan¹⁶. Oleh sebab itu, karena efektivitasnya yang bisa mencapai 99%, MKJP merupakan metode kontrasepsi yang direkomendasikan oleh Pemerintah.

Menurut Green dan Ottoson (2006), terdapat tiga faktor yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang¹⁷. Ketiga faktor tersebut adalah faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor predisposisi (predisposing factors) merupakan faktor yang melandasi perilaku seseorang, seperti karakteristik individu (kondisi sosio-ekonomi, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan), sikap, pengetahuan, persepsi, dan lainnya. Faktor pemungkin (enabling factors) adalah sumber daya yang dapat digunakan, seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan informasi. Terakhir, faktor penguat (reinforcing factors) mencakup dukungan yang diberikan, seperti dukungan dari keluarga, teman, dan tenaga kesehatan.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengidentifikasi faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain studi *cross-sectional*. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data yang bersumber dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Variabel independen yang digunakan yaitu usia, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, status pekerjaan, paritas, pengetahuan tentang kontrasepsi sebagai faktor predisposisi; sumber pelayanan kontrasepsi dan keterpaparan informasi KB sebagai faktor penguat; serta dukungan suami sebagai faktor pendukung. Variabel dependen yang digunakan adalah penggunaan MKJP.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner Wanita Subur, yakni kuesioner yang diberikan kepada wanita kawin berusia 15 sampai 49 tahun yang mencakup latar belakang, riwayat kehamilan dan kelahiran, preferensi fertilitas, pemeriksaan setelah melahirkan, kontrasepsi, kesehatan anak, imunisasi anak, gizi anak, latar belakang suami, perkawinan dan aktivitas seksual, serta isu-isu kesehatan lainnya.

Responden yang dianalisis dari data SDKI 2017 sebanyak 8.138 dengan kriteria inklusi

sebagai berikut, yaitu berusia 15-49 tahun, berstatus kawin, bertempat tinggal di daerah rural, dan sedang menggunakan kontrasepsi.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat, analisis bivariat menggunakan uji Chi-Square, dan analisis multivariat menggunakan uji Regresi Cox. Besar hubungan antar variabel dinilai menggunakan Prevalence Ratio (PR). Penelitian ini diolah menggunakan perangkat lunak STATA versi 17.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian ini, analisis data dilakukan terhadap 8.138 responden berusia 15-49 tahun di wilayah rural di Indonesia.

Berdasarkan Tabel 1, terdapat 24,8% pengguna MKJP di wilayah pedesaan di Indonesia. Berdasarkan katakteristik responden, terdapat 50,7% wanita berusia 35-49 tahun; 28,2% responden dengan tingkat pendidikan tinggi; 17,8% responden dengan tingkat ekonomi tinggi; 57% responden dengan status bekerja; 39,5% responden dengan > 2 anak hidup; 38,7% responden dengan pengetahuan tentang kontrasepsi yang tinggi; 59,9% responden yang mendapatkan pelayanan kontrasepsi dari fasilitas pemerintah; 61,4% responden yang pernah terpapar informasi KB; dan 98,3% responden dengan suami yang mendukung penggunaan kontrasepsi pada istrinya.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian

Variabel	Jumlah	Presentase
Penggunaan MKJP		
- MKJP	2016	24,8
- Non-MKJP	6122	75,2
Usia		
- 35-49 tahun	4127	50,7
- 15-34 tahun	4011	49,3
Tingkat Pendidikan		
- Tinggi	2296	28,2
- Rendah	5842	71,8
Tingkat Ekonomi		
- Tinggi	1455	17,8
- Menengah	1529	18,7
- Rendah	5154	63,3
Status Pekerjaan		
- Bekerja	4637	57
- Tidak bekerja	3501	43
Paritas		
- > 2 anak	3216	39,5
- ≤ 2 anak	4922	60,5
Pengetahuan		
- Tinggi	3147	38,7
- Rendah	4991	61,3
Sumber Pelayanan Kontrasepsi		
- Pemerintah	4877	59,9
- Swasta	3261	40,1
Keterpaparan Informasi KB		
- Terpapar	5000	61,4
- Tidak terpapar	3138	38,6
Dukungan Suami		
- Setuju	7996	98,3
- Tidak Setuju	142	1,7

Pada tabel 2 (*crude PR*), usia dengan penggunaan MKJP memiliki hubungan yang signifikan (p value = 0,000) dengan responden yang berusia 35-49 tahun memiliki peluang 1,6 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang berusia 15-34 tahun. Berdasarkan tabel 3 (*adjusted PR*),

responden berusia 35-49 tahun dapat meningkatkan kemungkinan penggunaan MKJP sampai 1,4 kali lebih tinggi. Pernyataan ini didukung dengan penelitian oleh Ontiri et al. (2019) di wilayah rural di Kenya yang menyatakan bahwa wanita berusia 35 tahun ke atas memiliki kemungkinan 3 kali lebih tinggi (p value = 0,001) untuk menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang yang bersifat reversibel, seperti IUD dan implan¹⁸. Sebuah survei yang dilakukan di Australia oleh Freilich et al. (2017) juga menunjukkan bahwa wanita dengan usia yang lebih tua cenderung akan memilih metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan sterilisasi¹⁹. Hasil penelitian ini memiliki perbedaan dengan analisis oleh Asegidew et al. (2017) yang mendapatkan hasil bahwa wanita usia 24-35 tahun memiliki peluang 2,23 kali lebih tinggi (p value = 0,014) untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang lebih tua²⁰. Hal ini dapat disebabkan oleh penurunan fungsi reproduksi pada wanita yang lebih tua. Selain itu, ada kemungkinan terjadinya menopause pada wanita yang lebih tua, sehingga dirinya tidak merasa perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lebih efektif²¹.

Pemilihan metode kontrasepsi tentunya disesuaikan dengan tujuan dari penggunaan kontrasepsi tersebut. Wanita yang lebih tua cenderung sudah tidak menginginkan anak lagi, sehingga memilih metode yang lebih efektif agar tidak terjadi kehamilan^{19,22}. Wanita yang lebih tua memiliki risiko yang lebih tinggi untuk

mengalami komplikasi saat kehamilan dan persalinan yang dapat berdampak pada ibu dan bayi²³. Beberapa jenis komplikasi yang dapat terjadi antara lain tekanan darah tinggi, obesitas, pre-eklamsia, keguguran, berat bayi lahir rendah, kematian bayi, kematian ibu, hingga kelainan kromosom pada bayi²⁴. Oleh sebab itu, penggunaan MKJP untuk mencegah terjadinya kehamilan di usia tua adalah hal yang penting. Sedangkan, wanita yang lebih muda masih berkeinginan untuk memiliki anak lagi, sehingga memilih menggunakan metode kontrasepsi yang lebih mudah untuk dihentikan, seperti non-MKJP¹⁹. Sebab, tujuan dari penggunaan kontrasepsi tersebut hanya untuk menunda terjadinya kehamilan. Dalam hal ini, fasilitas pelayanan kesehatan dapat berperan untuk memberikan informasi terkait berbagai metode kontrasepsi. Sehingga, seorang wanita bersama dengan pasangannya dapat membuat keputusan yang tepat tentang metode kontrasepsi yang digunakannya untuk merencanakan kehamilan yang diinginkan.

Pada tabel 2 (*crude PR*), tingkat pendidikan dengan penggunaan MKJP memiliki hubungan yang signifikan (p value = 0,000) dengan responden yang mendapatkan pendidikan tinggi memiliki peluang 1,3 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang mendapatkan pendidikan rendah. Berdasarkan tabel 3 (*adjusted PR*), responden yang mendapatkan pendidikan tinggi memiliki peluang 1,3 kali lebih tinggi untuk menggunakan

MKJP jika dibandingkan dengan responden yang mendapatkan pendidikan rendah. Studi oleh Demeke et al. (2020) mengungkapkan hal yang serupa, yakni pendidikan yang lebih tinggi dapat meningkatkan kemungkinan penggunaan MKJP, baik yang bersifat reversible maupun permanen, sampai 1,4 kali lebih tinggi (p value = 0,041)¹⁰. Hal ini juga sejalan dengan analisis data DHS 2016 di Ethiopia oleh Stonehill, Bishu, dan Taddese (2020), yaitu tingkat pendidikan memiliki hubungan yang bermakna dengan penggunaan metode kontrasepsi yang berjangka panjang²⁵. Pendidikan yang lebih tinggi meningkatkan peluang penggunaan IUD dan implan sampai 1,33 kali lebih tinggi (p value = 0,001)²⁵. Penelitian di 23 negara di Amerika Latin dan Kepulauan Karibia oleh Ponce de Leon et al. (2019) juga memberikan hasil yang serupa, yakni responden dengan pendidikan yang lebih tinggi memiliki peluang yang lebih tinggi pula untuk menggunakan metode IUD dan implan jika dibandingkan dengan responden dengan pendidikan rendah atau tidak memiliki pendidikan sama sekali²⁶.

Semakin tingginya tingkat pendidikan seorang wanita, maka akses informasi terhadap kesehatan reproduksi dan kontrasepsi akan semakin tinggi juga²⁷. Wanita tersebut akan lebih banyak terpapar mengenai berbagai metode, manfaat, dan efek samping MKJP. Selain itu, wanita dengan pendidikan yang lebih baik akan lebih memahami bagaimana cara mengambil sebuah keputusan mengenai kesehatan

reproduksinya sendiri^{27,28}. Dengan tingkat pendidikan yang lebih baik, maka akan lebih mudah bagi seorang wanita untuk memperluas jaringan sosial dan meningkatkan taraf ekonominya, sehingga dapat berujung pada meningkatnya peluang penggunaan metode kontrasepsi yang lebih efektif¹¹.

Pada tabel 2 (*crude PR*), tingkat ekonomi dengan penggunaan MKJP memiliki hubungan yang signifikan (p value = 0,000) dengan responden yang memiliki tingkat ekonomi tinggi berpeluang 1,3 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat ekonomi rendah. Analisis multivariat (*adjusted PR*) dalam penelitian ini juga mendapatkan hasil bahwa tingkat perekonomian yang lebih baik, khususnya tingkat ekonomi yang tinggi, dapat meningkatkan kemungkinan penggunaan MKJP sampai 1,2 kali lebih tinggi (p value = 0,005). Namun, variabel ini dikeluarkan dalam model karena tingkat ekonomi menengah tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan MKJP. Hal ini didukung oleh penelitian milik Getahun et al. (2018), yaitu perekonomian yang lebih baik dapat meningkatkan kemungkinan penggunaan metode sterilisasi sampai 2,6 kali lebih tinggi²¹. Penelitian milik Kungu, Khasakhala and Agwanda (2020) juga menyebutkan hal yang serupa, yaitu penggunaan MKJP, khususnya IUD dan implan, berkaitan dengan tingkat perekonomian seseorang²⁹. Namun, penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian oleh Asegidew et

al. (2017) yang menyatakan bahwa penggunaan MKJP tidak berkaitan dengan tingkat ekonomi²⁰. Perekonomian yang lebih baik dapat meningkatkan peluang terhadap akses informasi dan akses pelayanan kontrasepsi yang lebih baik²⁹. Selain itu, MKJP juga memiliki biaya yang lebih mahal dibandingkan non-MKJP, sehingga akan lebih mudah didapatkan oleh wanita dengan perekonomian yang lebih tinggi.

Pada tabel 2 (*crude PR*), status pekerjaan dengan penggunaan MKJP memiliki hubungan yang signifikan (p value = 0,000) dengan responden yang bekerja memiliki peluang 1,2 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja. Namun, ketika dimasukkan ke dalam model multivariat, hasil analisis menunjukkan bahwa status pekerjaan tidak berhubungan dengan penggunaan MKJP (p value = 0,064). Pernyataan ini didukung oleh penelitian milik Aningsih dan Irawan (2020) yang menyebutkan bahwa status pekerjaan seorang wanita tidak berkaitan dengan penggunaan MKJP³⁰. Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian di Ethiopia oleh Tesfa dan Gedamu (2018) yang mendapatkan hasil bahwa memiliki pekerjaan dapat meningkatkan kemungkinan penggunaan MKJP sampai 4 kali lebih tinggi (p value = 0,017)³¹. Dasa et al., (2019) juga mendapatkan hasil yang serupa, yakni wanita dengan status bekerja memiliki kemungkinan penggunaan MKJP 1,29 kali lebih tinggi (p value = 0,000) dibandingkan wanita yang tidak bekerja¹².

Penelitian ini juga menyebutkan bahwa pekerjaan dengan peluang penggunaan MKJP paling tinggi adalah pegawai swasta, yaitu 1,8 kali lebih tinggi¹². Hal ini sedikit berbeda dengan penelitian oleh Tegegne, Belete, dan Deressa (2022) yang menyatakan bahwa pekerjaan dengan peluang penggunaan MKJP paling tinggi adalah pegawai pemerintah, yakni sampai 9 kali lebih tinggi³².

Seorang wanita pekerja cenderung ingin membatasi jumlah anak yang dimilikinya, sehingga tidak mengganggu perjalanan karirnya³³. Oleh karena itu, wanita tersebut akan memilih metode yang lebih praktis dan efektif, seperti MKJP. Selain itu, wanita pekerja juga akan memiliki lebih banyak koneksi dan kesempatan untuk mendapatkan informasi dibandingkan dengan wanita yang hanya berada di rumah dan kurang bersosialisasi³⁴. Hal ini selanjutnya dapat meningkatkan pengetahuannya, termasuk tentang kesehatan reproduksi dan pengambilan keputusan tentang kesehatan reproduksi. Pekerjaan yang baik juga dapat membantu meningkatkan perekonomian keluarga, sehingga lebih memungkinkan untuk menggunakan MKJP.

Pada tabel 2 (*crude PR*), paritas dengan penggunaan MKJP memiliki hubungan yang signifikan (p value = 0,000) dengan responden yang memiliki > 2 anak hidup berpeluang 1,6 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang memiliki ≤ 2 anak hidup. Berdasarkan tabel 3 (*adjusted PR*), responden yang memiliki > 2 anak hidup

berpeluang 1,4 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang memiliki ≤ anak hidup. Pernyataan ini sejalan dengan sebuah penelitian yang dilakukan di Jordan oleh Al-Husban et al. (2022) yang menyebutkan bahwa jumlah anak yang lebih banyak dapat meningkatkan kemungkinan penggunaan IUD sampai 2,9 kali lebih tinggi (p value = 0,001)²⁸. Analisis multivariat yang dilakukan oleh Orwa et al. (2022) mendapatkan hasil bahwa memiliki jumlah anak hidup sebanyak 3-5 orang dapat meningkatkan penggunaan MKJP sampai 2,04 kali lebih tinggi (p value = 0,008) dan menjadi faktor yang paling berpengaruh dalam penggunaan MKJP²⁷. Studi di Kenya oleh Kungu, Khasakhala, dan Agwanda (2020) juga menyebutkan bahwa wanita dengan 3-4 anak hidup memiliki peluang 12 kali lebih tinggi dan wanita dengan lebih dari 5 anak hidup memiliki peluang 13 kali lebih tinggi untuk menggunakan IUD dan implan²⁹. Hasil penelitian ini memiliki perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Stonehill, Bishu, dan Taddese (2020), yaitu penggunaan MKJP tidak berkaitan dengan jumlah anak hidup yang dimiliki oleh seorang wanita²⁵.

Spies et al. (2010) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa salah satu alasan penggunaan MKJP adalah wanita yang berusia lebih tua, sudah memiliki jumlah anak yang cukup, atau tidak ingin memiliki anak sama sekali²². Selain itu, saat ini terjadi penurunan

tingkat fertilitas, yakni 2,6 anak per wanita dalam SDKI 2012 dan 2,4 anak per wanita dalam SDKI 2017^{7,35}. Penurunan jumlah anak tersebut merupakan pengaruh dari program keluarga berencana²³. Oleh karena itu, masyarakat yang merasa jumlah anaknya sudah cukup akan menggunakan metode kontrasepsi yang lebih aman, seperti MKJP.

Tabel 2. Analisis Hubungan antara Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan MKJP (Crude PR)

Variabel	Penggunaan MKJP		Penggunaan Non-MKJP		Total		Crude PR (95% CI)	P value
	n	%	n	%	n	%		
Usia								
35-49 tahun	1246	30,2	2881	69,8	4127	100	1,6 (1,45 – 1,70)	0,000
15-34 tahun	770	19,2	3241	80,8	4011	100		
Tingkat Pendidikan								
Tinggi	694	30,2	1602	69,8	2296	100	1,3 (1,22 – 1,41)	0,000
Rendah	1322	22,6	4520	77,4	5842	100		
Tingkat Ekonomi								
Tinggi	440	30,2	1015	69,8	1455	100	1,3 (1,18 – 1,42)	0,000
Menengah	373	24,4	1156	75,6	1529	100	1 (0,94 – 1,15)	0,393
Rendah	1203	23,3	3951	76,7	5154	100		
Status Pekerjaan								
Bekerja	1248	26,9	3389	73,1	4637	100	1,2 (1,13 – 1,32)	0,000
Tidak Bekerja	768	21,9	2733	78,1	3501	100		
Paritas								
> 2 Anak	1030	32	2186	68	3216	100	1,6 (1,48 – 1,72)	0,000
≤ 2 Anak	986	20	3936	80	4922	100		
Pengetahuan								

Tinggi	997	31,7	2150	68,3	3147	100	1,6 (1,43 – 1,67)	0,000
Rendah	1019	20,4	3972	79,6	4991	100		
Sumber Pelayanan Kontrasepsi								
Pemerintah	1516	31,1	3361	68,9	4877	100	2 (1,85 – 2,22)	0,000
Swasta	500	15,3	2761	84,7	3261	100		
Keterpaparan Informasi KB								
Terpapar	1311	26,2	3689	73,8	5000	100	1,2 (1,02 – 1,07)	0,000
Tidak Terpapar	705	22,5	2433	77,5	3138	100		
Dukungan Suami								
Setuju	1995	24,9	6001	75,1	7996	100	1,7 (1,13-2,50)	0,005
Tidak Setuju	21	14,8	121	85,2	142	100		

Pada tabel 2 (*crude PR*), tingkat pengetahuan dengan penggunaan MKJP memiliki hubungan yang signifikan (p value = 0,000) dengan responden yang memiliki pengetahuan tinggi berpeluang 1,6 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan rendah. Berdasarkan tabel 3 (*adjusted PR*), responden yang memiliki pengetahuan tinggi berpeluang 1,5 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan rendah. Pernyataan ini sejalan dengan penelitian di Distrik Janamora, Ethiopia oleh Getahun et al. (2018) yang menyebutkan bahwa pengetahuan yang lebih baik dapat meningkatkan peluang penggunaan MKJP

sampai dengan 4,2 kali (p value = 0,015)²¹. Penelitian di Congo pada remaja berstatus kawin dan tidak kawin usia 15-19 tahun oleh Mpunga et al. (2022) juga menyatakan bahwa responden dengan pengetahuan tentang kontrasepsi yang buruk cenderung tidak menggunakan metode kontrasepsi yang berjangka panjang³⁶. Serta penelitian oleh Tesfa dan Gedamu (2018) dengan hasil bahwa pengetahuan tentang kontrasepsi yang lebih baik dapat meningkatkan penggunaan MKJP sampai 6 kali lebih tinggi³¹. Namun, penelitian ini memiliki hasil yang berbeda dengan penelitian milik Asegidew et al. (2017), yaitu pengetahuan responden tidak berkaitan dengan penggunaan MKJP²⁰.

Pemahaman yang lebih baik tentang pentingnya penggunaan MKJP tentunya dapat

meningkatkan kemungkinan penggunaan MKJP pada seorang wanita²¹. Karena seorang wanita tersebut tentunya dapat mengetahui lebih banyak jenis, manfaat, serta efek samping dari kontrasepsi. Pengetahuan yang lebih tinggi terkait kesehatan reproduksi dan kontrasepsi juga dapat mendorong seseorang untuk lebih bertanggung jawab dalam tindakannya³⁷. Hal ini dapat terbukti dengan memilih untuk menggunakan metode kontrasepsi yang lebih aman.

Pada tabel 2 (*crude PR*), sumber pelayanan kontrasepsi dengan penggunaan MKJP memiliki hubungan yang signifikan (p value = 0,000). Responden yang mendapatkan pelayanan kontrasepsi di fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah memiliki peluang 2 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang mendapatkan pelayanan kontrasepsi di fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola oleh swasta. Berdasarkan tabel 3 (*adjusted PR*), responden yang mendapatkan pelayanan kontrasepsi di fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah memiliki peluang 2 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang mendapatkan pelayanan kontrasepsi di fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola oleh swasta. Pernyataan ini didukung oleh penelitian milik Laksmi (2018) yang menyebutkan bahwa penggunaan MKJP berkaitan dengan sumber dari pelayanan kontrasepsi itu sendiri³⁸. Wanita yang

mendapatkan pelayanan kontrasepsi di fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah memiliki peluang sampai 9 kali lebih tinggi (p value = 0,000) untuk menggunakan MKJP³⁸. Hal ini menjadikan sumber pelayanan KB menjadi faktor paling dominan dalam penggunaan MKJP³⁸. Penelitian oleh Anggraeni (2015) yang menyebutkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan milik swasta dapat meningkatkan peluang penggunaan MKJP sampai 0,08 kali¹⁴. Artinya, pemanfaatan pelayanan kesehatan milik swasta merupakan faktor protektif dari penggunaan MKJP¹⁴.

Jumlah fasilitas pelayanan yang lebih banyak dan lebih mudah ditemui, sistem rujukan yang lebih baik, serta adanya asuransi kesehatan gratis membuat wanita akan lebih mudah untuk mengakses MKJP di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah³⁸. Pembiayaan merupakan aspek yang penting dalam pelayanan kontrasepsi. Pemerintah sendiri telah memiliki program untuk memperkuat integrasi pembiayaan pelayanan kontrasepsi dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2006, disebutkan bahwa pelayanan KB yang tercakup dalam jaminan kesehatan meliputi konseling, pelayanan kontrasepsi, dan penggunaan sterilisasi. Oesman (2017) menyebutkan bahwa penggunaan BPJS dapat meningkatkan peluang penggunaan MKJP sampai 4 kali lebih tinggi³⁹. Oleh karena itu, individu yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola oleh

pemerintah lebih berpotensi untuk menggunakan MKJP, karena tidak terbebani oleh biaya.

Pada tabel 2 (*crude PR*), keterpaparan informasi KB dengan penggunaan MKJP memiliki hubungan yang signifikan (p value = 0,000). Responden yang pernah terpapar pesan KB melalui media cetak dan elektronik memiliki peluang 1,2 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang tidak pernah terpapar pesan KB. Berdasarkan tabel 3 (*adjusted PR*), responden yang pernah terpapar pesan KB melalui media cetak dan elektronik memiliki peluang 1,1 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang tidak pernah terpapar pesan KB. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Tegegne, Belete, dan Deressa (2022) yang dilakukan di Ibukota Ethiopia, Addis Ababa, yaitu keterpaparan informasi tentang kontrasepsi dapat meningkatkan peluang responden untuk menggunakan MKJP sampai dengan 3 kali lebih tinggi³². Analisis data oleh Zenebe et al. (2017) juga memberikan hasil yang serupa, yakni penggunaan MKJP berkaitan dengan keterpaparan informasi KB dan keterpaparan pesan KB dapat meningkatkan peluang sampai 8,8 kali lebih tinggi⁴⁰. Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian oleh Stonehill, Bishu, dan Taddese (2020) yang menyatakan bahwa penggunaan MKJP tidak berkaitan dengan pesan KB di media massa²⁵.

Dasa et al. (2019) menyebutkan bahwa salah satu alasan rendahnya penggunaan MKJP di

Ethiopia adalah kurangnya informasi tentang MKJP. Hal ini dapat berakibat pada rendahnya pengetahuan masyarakat dan munculnya stigma negatif pada MKJP¹². Informasi tentang KB yang disiarkan melalui media dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya penggunaan kontrasepsi⁴⁰. Hal ini selanjutnya dapat berdampak pada persepsi dan perilaku masyarakat. Oleh karena itu, promosi kesehatan melalui pesan KB di media diharapkan dapat meningkatkan penggunaan MKJP di masyarakat.

Pada tabel 2 (*crude PR*), dukungan suami memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan MKJP (p value = 0,005), di mana responden dengan dukungan dari suami untuk menggunakan kontrasepsi memiliki peluang 1,7 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang tidak mendapatkan dukungan dari suaminya. Berdasarkan tabel 3 (*adjusted PR*), responden dengan dukungan dari suami untuk menggunakan kontrasepsi memiliki peluang 1,7 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan responden yang tidak mendapatkan dukungan dari suaminya. Pernyataan ini didukung oleh sebuah studi kasus-kontrol di Ethiopia Selatan oleh Alamdo, Debere, dan Tirfe (2020) yang menyebutkan bahwa dukungan dari suami dapat meningkatkan penggunaan MKJP sampai 8,3 kali lebih tinggi (p value = 0,002)⁴¹. Selain itu, Sahilemichael (2015) juga menyebutkan bahwa wanita yang mendapat

persetujuan dari pasangannya memiliki peluang penggunaan MKJP sampai 1,99 kali lebih tinggi⁴². Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian oleh Setiasih, Widjanarko, dan Istiarti (2016) yang mendapatkan hasil bahwa dukungan yang diberikan oleh pasangan tidak memiliki kaitan dengan penggunaan MKJP⁴³.

Salah satu hal yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan penggunaan kontrasepsi pada wanita adalah dukungan atau persetujuan yang diberikan oleh suaminya. Hal ini disebabkan karena suami merupakan pemegang kendali atau lebih dominan dalam berbagai pengambilan keputusan dalam keluarga, termasuk kondisi kesehatan reproduksi istrinya. Suami yang tidak memberikan dukungan kepada istrinya untuk menggunakan kontrasepsi dapat disebabkan oleh rasa tidak tahu dan tidak peduli terhadap kontrasepsi. Oleh karena itu, mengedukasi suami tentang pentingnya metode kontrasepsi berjangka panjang dapat meningkatkan peluang penggunaan MKJP⁴².

Terdapat 7 variabel yang dimasukkan ke dalam model multivariat, yaitu usia, tingkat pendidikan, paritas, pengetahuan tentang kontrasepsi, sumber pelayanan kontrasepsi, keterpaparan informasi KB, dan dukungan suami. Variabel status pekerjaan tidak diikutsertakan karena hubungannya tidak signifikan setelah dikontrol oleh variabel lainnya. Selain itu, dalam variabel tingkat ekonomi, hanya tingkat ekonomi tinggi dan rendah yang memiliki hubungan signifikan, sedangkan tingkat ekonomi menengah dan

rendah tidak memiliki hubungan yang signifikan. Sehingga variabel ini tidak diikutsertakan ke dalam model.

Tabel 3. Model Akhir Multivariat (*Adjusted PR*)

Variabel Independen	<i>p-value</i>	<i>Adjusted PR</i> (95% CI)
Usia 35-49 Tahun	0,000	1,4 (1,28-1,56)
Tingkat Pendidikan Tinggi	0,000	1,3 (1,18-1,44)
Paritas > 2 Anak	0,000	1,4 (1,24-1,51)
Pengetahuan tentang Kontrasepsi Tinggi	0,000	1,5 (1,32-1,59)
Sumber Pelayanan Kontrasepsi Pemerintah	0,000	2 (1,80-2,20)
Keterpaparan Informasi KB Terpapar	0,038	1,1 (1,00-1,21)
Dukungan Suami Setuju	0,011	1,7 (1,13-2,68)

KESIMPULAN

Variabel yang masuk ke dalam model akhir adalah usia, tingkat pendidikan, paritas, pengetahuan tentang kontrasepsi, sumber pelayanan kontrasepsi, keterpaparan informasi KB, dan dukungan suami. Oleh karena itu,

variabel tersebut saling mengontrol untuk menghasilkan *Adjusted PR*.

Terdapat 24,8% pengguna MKJP di wilayah pedesaan di Indonesia. Berdasarkan katakteristik responden, terdapat 50,7% wanita berusia 35-49 tahun; 28,2% responden dengan tingkat pendidikan tinggi; 17,8% responden dengan tingkat ekonomi tinggi; 57% responden dengan status bekerja; 39,5% responden dengan > 2 anak hidup; 38,7 responden dengan pengetahuan tentang kontrasepsi yang tinggi; 59,9% responden yang mendapatkan pelayanan kontrasepsi dari fasilitas pemerintah; 61,4% responden yang pernah terpapar informasi KB; dan 98,3% responden dengan suami yang mendukung penggunaan kontrasepsi pada istrinya.

Terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=1,4; 95% CI=1,28-1,56). Kelompok berusia 35-49 tahun berpeluang 1,4 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan kelompok berusia 15-34 tahun.

Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=1,3; 95% CI=1,18-1,44). Kelompok dengan pendidikan tinggi berpeluang 1,3 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan kelompok dengan pendidikan rendah.

Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat ekonomi dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=1,2; 95% CI=1,05-1,33). Kelompok dengan ekonomi tinggi berpeluang 1,2 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan kelompok dengan ekonomi rendah.

Terdapat hubungan yang tidak signifikan antara status pekerjaan dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia.

Terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=1,4; 95% CI=1,24-1,51). Kelompok dengan paritas > 2 anak berpeluang 1,4 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan kelompok dengan paritas ≤ 2 anak.

Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang kontrasepsi dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=1,5; 95% CI=1,32-1,59). Kelompok dengan pengetahuan tinggi berpeluang 1,5 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan kelompok dengan pengetahuan rendah.

Terdapat hubungan yang signifikan antara sumber pelayanan kontrasepsi dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=2; 95% CI=1,80-2,20). Kelompok yang mendapatkan

pelayanan kontrasepsi di fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah berpeluang 2 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan pelayanan kontrasepsi di fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta.

Terdapat hubungan yang signifikan antara keterpaparan informasi KB dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=1,1; 95% CI=1,00-1,21). Kelompok yang pernah terpapar pesan KB di media berpeluang 1,1 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan kelompok yang tidak pernah terpapar pesan KB.

Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=1,7; 95% CI=1,13-2,68). Kelompok dengan suami yang mendukung berpeluang 1,7 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP jika dibandingkan dengan kelompok dengan suami yang tidak mendukung.

Sumber pelayanan kontrasepsi merupakan faktor yang paling dominan dengan penggunaan MKJP pada wanita usia 15-49 tahun di wilayah pedesaan di Indonesia (APR=2; 95% CI=1.80-2.20).

SARAN

Bagi institusi pemerintah, diharapkan dapat mendorong pihak pelayanan kesehatan swasta untuk mengencarkan promosi

penggunaan MKJP di masyarakat. Pemerintah juga dapat memberikan edukasi terkait kesehatan reproduksi yang komprehensif di institusi pendidikan formal/sekolah sedini mungkin. Hal ini bertujuan agar masyarakat yang berpendidikan rendah masih bisa mendapatkan pengetahuan terkait kesehatan reproduksi di sekolahnya. Selain itu, pemanfaatan berbagai media cetak dan elektronik untuk mempromosikan program KB juga dapat ditingkatkan, terutama melalui televisi yang menjadi media sebagian besar responden untuk mendapatkan informasi tentang KB.

Kemudian, masyarakat diharapkan dapat lebih proaktif dalam mencari informasi terkait program KB, khususnya kontrasepsi. Bagi suami, diharapkan dapat meningkatkan keikutsertaannya dalam program KB, seperti menemani istri untuk mengikuti konseling, mengikuti penyuluhan kesehatan, dan mengajukan diri untuk menggunakan MKJP.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Contraception [Internet]. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf>
2. BKKBN. Pelayanan KB [Internet]. 2017. Available from: <https://kampungkb.bkkbn.go.id/kampung/1381/intervensi/45128/pelayanan-kb>
3. Bansode O, Sarao M, Cooper D. Contraception [Internet]. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/>

4. Kementerian Kesehatan RI. Pelayanan Kontrasepsi [Internet]. 2021. Available from: [https://repository.binawan.ac.id/1464/7/MPI 3-6%2C MPP 1-3.pdf](https://repository.binawan.ac.id/1464/7/MPI%203-6%20MPP%201-3.pdf)
5. BKKBN. Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional tahun 2015-2019 (Revisi) [Internet]. 2016. Available from: [https://www.bkkbn.go.id/storage/files/1/RENSTRA - Rencana Strategis BKKBN/Pusat/Renstra_BKKBN_2015-2019_revisi.pdf](https://www.bkkbn.go.id/storage/files/1/RENSTRA%20-%20Rencana%20Strategis%20BKKBN/Pusat/Renstra_BKKBN_2015-2019_revisi.pdf)
6. BKKBN. Laporan Kinerja Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Tahun 2017 [Internet]. Jakarta; 2018. Available from: [https://www.bkkbn.go.id/storage/files/1/LAKIP BKKBN/LAKIP_BKKBN_2017.pdf](https://www.bkkbn.go.id/storage/files/1/LAKIP%20BKKBN/LAKIP_BKKBN_2017.pdf)
7. BPS. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017 [Internet]. 2018. Available from: https://rhknowledge.ui.ac.id/uploads/resource_file/file/8/SDKI_2017.pdf
8. Indraswari N, Sari A, Susanti A. Gambaran Penggunaan Kontrasepsi Modern di Jawa Barat berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi dan Sumber Informasi. *J Menara Med* [Internet]. 2021;3(2):66–73. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/article/view/2199&ved=2ahUKEwja66i_paDtAhU263MBHdUiAsUQFjAAegQIAxAB&usq=AOvVaw0bUdEhasRIBe0InxidHJo
9. Hariastuti I, Baroya N, Handini Y, Wicaksono D. Determinan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Di Indonesia (Analisis SDKI 2017). *INSOLOGI J Sains dan Teknol.* 2021;1(1):24–32.
10. Demeke CA, Kasahun AE, Belay WS, Chekol AN, Getaneh RA, Yimenu DK. Utilization Pattern of Long-Acting and Permanent Family Planning Methods and Associated Factors: A Community-Based Cross-Sectional Study in Ethiopia. *Open Access J Contracept.* 2020;Volume 11:103–12.
11. Kamuyango A, Yu T, Ao CK, Hu SC, Hou WH, Tseng CC, et al. The Public-Sector Family Planning Program Impact Scores in Association with Long-Acting Reversible Contraceptive Use among Young Women in 22 Sub-Saharan African Countries: A Pooled Multi-Level Analysis. *Contraception* [Internet]. 2022;108(2022):44–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.12.013>
12. Dasa TT, Kassie TW, Roba AA, Wakwoya EB, Kelel HU. Factors Associated with Long-Acting Family Planning Service Utilization in Ethiopia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Contracept Reprod Med.* 2019;4(1):1–14.
13. Ternate EV, Nugroho RD, Wirnani S, Purnami CT. Hubungan Beberapa Faktor Dengan Kurangnya Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Pada Ibu Usia 15 – 49 Tahun Di Provinsi Maluku Utara (Analisa Data SdkI 2017). *J Kesehat Masy.* 2021;9(3):368–76.
14. Anggraeni P. Determinan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) pada Akseptor KB di Wilayah Kerja Puskesmas Pamulang Tahun 2014 [Internet]. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta; 2015. Available from: [https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/28910/1/PUTRI ANGGRAENI-FKIK.pdf](https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/28910/1/PUTRI%20ANGGRAENI-FKIK.pdf)
15. Febriana, Sari L. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan di Indonesia Tahun 2017 [Internet]. 2021. Available from: [http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=3157849&val=27981&title=FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN DI INDONESIA TAHUN 2017](http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=3157849&val=27981&title=FAKTOR-FAKTOR%20YANG%20MEMENGARUHI%20KEHAMILAN%20TIDAK%20DIINGINKAN%20DI%20INDONESIA%20TAHUN%202017)
16. Wijayanti U. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Putus Pakai Alat Kontrasepsi pada Wanita Usia Subur. *Pros*

- Semin Nas UNIMUS. 2021;4:1679–88.
17. Green L, Ottoson J. A Framework for Planning and Evaluation: PRECEDE-PROCEED Evolution and Application of the Model [Internet]. 2006. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2006/jasp2006-ottawa-lwgreen-jmottoson12.pdf>
 18. Ontiri S, Ndirangu G, Kabue M, Biesma R, Stekelenburg J, Ouma C. Long-Acting Reversible Contraception Uptake and Associated Factors among Women of Reproductive Age in Rural Kenya. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1–12.
 19. Freilich K, Holton S, Rowe H, Kirkman M, Jordan L, McNamee K, et al. Sociodemographic Characteristics Associated with the Use of Effective and Less Effective Contraceptive Methods: Findings from the Understanding Fertility Management in Contemporary Australia Survey. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2017;22(3):212–21.
 20. Asegidew W, Tariku B, Kaba M, Getachew S, Ketsela K. Acceptance and Positive Attitude Increased Utilization of Long Acting and Permanent Family Planning Methods Among Reproductive Age Group Women from Debre Berhan District, Ethiopia: Quantitative and Qualitative Analysis. *J Community Med Health Educ*. 2017;07(04).
 21. Getahun DS, Wolde HF, Muchie KF, Yeshita HY. Utilization and Determinants of Long Term and Permanent Contraceptive Methods among Married Reproductive Age Women at Janamora District, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes* [Internet]. 2018;11(1):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3942-0>
 22. Spies EL, Askelson NM, Gelman E, Losch M. Young Women’s Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to Long-Acting Reversible Contraceptives. *Women’s Heal Issues* [Internet]. 2010;20(6):394–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2010.07.005>
 23. Obare F, Mumah J, Odwe G, Machiyama K, Cleland J. Exploring the Demand-Side Factors Associated with the Use of Implants in Kenya. *Stud Fam Plann*. 2020;51(2):119–37.
 24. NCT. Pregnancy and Birth for Women over 35 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.nct.org.uk/pregnancy/tests-scans-and-antenatal-checks/pregnancy-and-birth-for-women-over-35>
 25. Stonehill A, Bishu S, Taddese H. Factors associated with chronic energy malnutrition among reproductive-age women in Ethiopia: An analysis of the 2016 Ethiopia demographic and health survey data. *PLoS One*. 2020;15(12 December):350–8.
 26. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive Use in Latin America and the Caribbean with a Focus on Long-Acting Reversible Contraceptives: Prevalence and Inequalities in 23 Countries. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2019;7(2):e227–35. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30481-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30481-9)
 27. Orwa J, Gatimu SM, Ngugi A, Agwanda A, Temmerman M. Factors Associated with Use of Long-Acting Reversible and Permanent Contraceptives among Married Women in Rural Kenya: A Community-Based Cross-Sectional Study in Kisii and Kilifi Counties. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(10 October):1–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0275575>
 28. Al-Husban N, Kaadan D, Foudeh J, Ghazi T, Sijari Y, Maaita M. Factors Affecting the Use of Long Term and Permanent Contraceptive Methods: a Facebook-Focused Cross-Sectional Study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2022;22(1):1–15. Available from:

- <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01784-0>
29. Kungu W, Khasakhala A, Agwanda A. Trends and Factors Associated with Long-Acting Reversible Contraception in Kenya. *F1000Research*. 2020;9(May):1–22.
 30. Aningsih BSD, Irawan Y leoni. Hubungan Umur, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, dan Paritas terhadap Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Dusun III Desa Pananjung Kecamatan Cangkuang Kabupaten Bandung. *J Kebidanan* [Internet]. 2020;8(1):33. Available from: https://www.researchgate.net/publication/344976963_HUBUNGAN_UMUR_TINGKAT_PENDIDIKAN_PEKERJAAN_DAN_PARITAS_TERHADAP_PENGUNAAN_METODE_KONTRASEPSI_JANGKA_PANJANG_MKJP_DI_DUSUN_III_DESA_PANANJUNG_KECAMATAN_CANGKUANG_KABUPATEN_BANDUNG
 31. Tesfa E, Gedamu H. Factors Associated with Utilization of Long Term Family Planning Methods among Women of Reproductive Age Attending Bahir Dar Health Facilities, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes* [Internet]. 2018;11(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-4031-0>
 32. Tegegne BD, Belete MA, Deressa JT. Women's intention to use long acting and permanent contraceptive methods and associated factors among family planning users in Addis Ababa, Ethiopia: A Cross sectional study. *Afr J Reprod Health*. 2022;26(4):22–31.
 33. Christiani C, Diah C, Bambang W. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMAKAIAN METODE Jenis- Jenis Kontrasepsi. *Serat Acitya-Jurnal Ilm*. 2014;74–84.
 34. Ningrum D, Easter D, Sugiharti. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) pada Pasangan Usia Subur di Wilayah Kerja Puskesmas Batanghari Kabupaten Lampung Timur. *J Dunia Kesmas*. 2018;7(4):196–203.
 35. BPS. Indonesia Demographic and Health Survey 2012 [Internet]. 2013. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr275/fr275.pdf>
 36. Mpunga DM, Chenge FM, Mambu TN, Akilimali PZ, Mapatano MA, Wembodinga GU. Determinants of the Use of Contraceptive Methods by Adolescents in the Democratic Republic of the Congo: Results of a Cross-Sectional Survey. *BMC Womens Health* [Internet]. 2022;22(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02084-3>
 37. Tsikouras P, Galazios G, Anthoulaki X, Chalkidou A, Deuteraiou T, Koutsogiannis M, et al. Family Planning Laboratory Review of Factors Affecting the Choice of Contraceptive Methods in Three Teenagers Populations in Thrace, Greece. *Arch Obstet Gynaecol*. 2020;1(1):13–22.
 38. Laksmi P. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Pulau Jawa (Analisis Data SDKI 2012). *Sekol Tinggi Ilmu Kesehat Jayakarta, Jakarta, Indones*. 2018;4(April):1–24.
 39. Oesman H. POLA PEMAKAIAN KONTRASEPSI DAN PEMANFAATAN KARTU BADAN PENYELENGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DALAM PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DI INDONESIA. *J Kesehat Reproduksi*. 2017;8(1):15–29.
 40. Zenebe CB, Adefris M, Yenit MK, Gelaw YA. Factors Associated with Utilization of Long-Acting and Permanent Contraceptive Methods among Women Who Have Decided Not to Have More Children in Gondar City. *BMC Womens Health*. 2017;17(1):1–7.
 41. Alamdo AG, Debere MK, Tirfe ZM.

- Factors Associated with Non-Utilization of Long Acting and Permanent Contraceptive Methods among Married Women of Reproductive Age in Chencha District, Southern Ethiopia: A Case-Control Study. *Pan Afr Med J.* 2020;35:1–9.
42. Sahilemichael A. Determinants of Long Acting Reversible Contraceptives Use among Child Bearing Age Women in Dendi District, Western Ethiopia. *J Womens Heal Care.* 2015;04(04).
43. Setiasih S, Widjanarko B, Istiarti T. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKIP) pada Wanita Pasangan Usia Subur (PUS) di Kabupaten Kendal Tahun 2013. *J Promosi Kesehat Indones.* 2016;11(2):32.



