

## Jarak penggunaan alat kontrasepsi setelah melahirkan terhadap kegagalan kontrasepsi di Indonesia: analisis Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012

*Contraceptive use after childbirth and contraception failure: an analysis of Indonesia Demographic Health Survey 2012*

Chamy Rahmatika<sup>1</sup>, Shinta Prawitasari<sup>2</sup>, Siswanto Agus Wilopo<sup>1</sup>

Diterima: 23 Februari 2016  
Diterbitkan: 1 Agustus 2016

### Abstract

**Purpose:** This research aimed to evaluate the use of contraception after childbirth with contraception failure. **Methods:** This research was an observational study using IDHS 2012 with a retrospective cohort design. Married women who got pregnant while using contraceptives were the unit of analysis. Statistical analysis used survival analysis with stratified Cox Regression methods. **Results:** Analysis showed a higher failure rate in the traditional contraceptive methods such as coitus interruptus and periodic abstinence. The failure rate of the contraceptive method implant in Indonesia was higher by 10 times the global failure rate. Women who had used contraceptive for 33-48 weeks and >48 weeks after childbirth had higher risk of pregnancy with contraceptive failure (respectively HR=1.25; 95% CI: 0.63-2.47 and 1.91; 95% CI: 1-3.67), respectively. Other factors influencing the contraceptive failure were age and met or unmet needs. **Conclusion:** Contraceptive use after childbirth is associated with contraceptive failure among woman of childbearing age in Indonesia. Providers of contraceptive implants may introduce additional variations of implantable contraceptives in Indonesia and are supported by qualified health personnel.

**Keywords:** contraception; failure; married woman

<sup>1</sup>Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada (Email: chamyrahmatika@gmail.com)

<sup>2</sup>Departemen Obstetri dan Ginekologi

## PENDAHULUAN

Penggunaan kontrasepsi yang konsisten dan benar dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga tidak terjadi kegagalan kontrasepsi. Tingkat kegagalan kontrasepsi berkontribusi pada kejadian kehamilan tidak diinginkan dan aborsi (1,2). *Total Fertility Rate* (TFR) suatu negara akan memperoleh nilai lebih rendah berkisar 28-64%, jika dapat mencegah kehamilan setelah pemakaian kontrasepsi. Faktor interpersonal seperti paritas, umur, perilaku sebelum hamil, dan status perkawinan berpengaruh terhadap kegagalan kontrasepsi (3). Faktor sosio-ekonomi seperti pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi secara tidak langsung berkontribusi dalam hal tersebut (4). Selain faktor interpersonal dan faktor sosioekonomi, kebutuhan untuk ber-KB juga menjadi penentu kegagalan kontrasepsi (3,5).

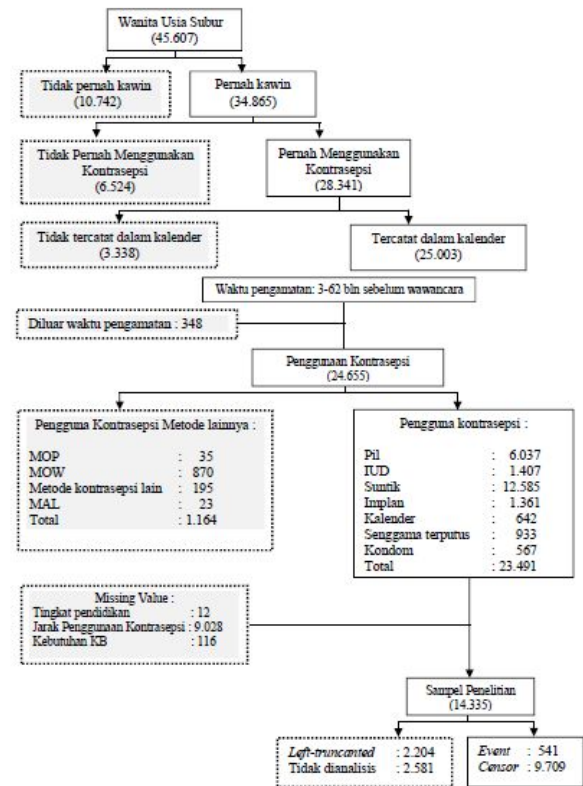
Saat wanita hamil memperoleh layanan dan konseling KB dan saat pemeriksaan hamil merupakan waktu tepat untuk edukasi dan persuasi pemakaian kontrasepsi (6). Rentang waktu penggunaan kontrasepsi setelah melahirkan adalah indikasi keberhasilan pelayanan kontrasepsi. Ketersediaan layanan KB yang beragam menimbulkan kualitas yang beragam pula (7). Rentang waktu yang lama antara kelahiran dengan pemakaian kontrasepsi merupakan pemicu angka kelahiran yang tidak menurun dari tahun ke tahun (8,9). Hal ini akibat dari pasangan yang tidak berhasil melakukan pengendalian terhadap kelahiran (10,11).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi di Indonesia sebesar 62%, sedangkan jumlah anak yang dilahirkan tetap dari tahun 2002-2012 yaitu 2,6. Seharusnya, jumlah anak yang dilahirkan turun karena peningkatan pemakaian kontrasepsi. Fenomena ini memerlukan pengkajian lebih lanjut untuk menentukan faktor yang memengaruhi pelayanan KB yaitu penggunaan kontrasepsi dan kegagalan. Hal tersebut penting untuk dikaji, karena program KB Indonesia diarahkan pada pelayanan yang berkualitas (12).

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional menggunakan sumber data berasal dari data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun (SDKI) tahun 2012 yang dilakukan dengan rancangan *cross sectional* dianalisis secara kohort retrospektif (merekam penggunaan kontrasepsi secara individual selama 5 tahun sebelum pelaksanaan survei, yaitu

sejak Mei 2007-Desember 2012). Penelitian ini menggunakan data kalender yang merekam penggunaan kontrasepsi selama 5 tahun lalu sebelum pelaksanaan survei. Alur pemilihan sampel penelitian disajikan pada Gambar 1.



Gambar 1. Alur pemilihan sampel penelitian

Penelitian dilakukan sesuai wilayah penelitian SDKI 2012 (33 provinsi). Pemilihan sampel pada blok sensus di wilayah perkotaan dan pedesaan menggunakan *multi stage stratified sampling*). Sampel adalah wanita usia subur (WUS) yang pernah kawin berumur 15-49 tahun yang telah memakai kontrasepsi yang hamil periode Januari 2007-Desember 2012. Kriteria inklusi adalah WUS yang memakai kontrasepsi, sedangkan kriteria eksklusi adalah tidak ada *missing data*.

Variabel bebas adalah jarak menggunakan kontrasepsi setelah melahirkan. Variabel terikat yaitu kegagalan kontrasepsi. Variabel luar kebutuhan ber-KB, umur, pendidikan, tingkat ekonomi, dan paritas. *Event* dalam penelitian ini adalah hamil yang tidak diinginkan yang terakhir, ketika memakai kontrasepsi.

Analisis univariabel untuk memaparkan distribusi frekuensi tiap variabel, analisis bivariabel dengan analisis survival menggunakan uji *log-rank* dan analisis multivariabel menggunakan *Stratified Cox Regression*, dengan *Confidence Interval* (CI) 95% dan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$  dengan melihat nilai *Hazard Ratio* untuk melihat besar perbedaan antar variabel.

## HASIL

Tabel 1 menjelaskan bahwa pemakaian metode kontrasepsi terbanyak pada metode suntik. Wanita terpenuhi kebutuhan ber-KB maka jarak penggunaan kontrasepsi setelah melahirkan akan semakin cepat. Tabel 2 menunjukkan gambaran kebutuhan ber-KB dengan jarak penggunaan kontrasepsi. Hasil dari tabel 2 menunjukkan banyak wanita yang tidak terpenuhi kebutuhan pada jarak penggunaan kontrasepsi <6 minggu. Ini menjelaskan pelayanan di Indonesia belum membaik.

### Tingkat Kegagalan penggunaan metode kontrasepsi

Tabel 2 menunjukkan gambaran kebutuhan ber-KB dengan jarak penggunaan kontrasepsi. Hasil dari tabel 2 menunjukkan banyak wanita yang tidak terpenuhi kebutuhan pada jarak penggunaan kontrasepsi <6 minggu. Ini menjelaskan pelayanan di Indonesia belum membaik. Tabel 2 menunjukkan tingkat efektivitas penggunaan KB dalam 12 bulan pertama yang dibanding dengan global. Sesuai dengan hasil SDKI 2012 hasil penelitian menunjukkan tingkat kegagalan pakai berbeda antar metode. Pada laporan SDKI 2012 menunjukkan adanya kegagalan kontrasepsi sebesar 6,8% sedangkan laporan SDKI 2007 yaitu 6,9% (13).

Penurunan kegagalan kontrasepsi tidak serta merta diimbangi dengan penurunan jumlah anak yang dilahirkan.

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden

Karakteristik	Persentase (%) (n=10.250)
<b>Metode Kontrasepsi</b>	
Pil	21,07
IUD	4,81
Suntik	58,24
Kondom	2,86
Pantang berkala	2,3
Senggama terputus	4,27
Implan	6,44
<b>Kebutuhan ber-KB</b>	
Unmet need	1,96
Met need	98,04
<b>Umur</b>	
15-19	33,46
20-34	25,03
35-49	(41,5)
<b>Tingkat ekonomi</b>	
Sangat Miskin	(26,03)
Miskin	(21,22)
Menengah	(19,5)
Kaya	(18,14)
Sangat Kaya	(15,11)
<b>Pendidikan</b>	
Rendah	(9,18)
Menengah	(74,16)
Tinggi	(15,66)

Sumber : Pengolahan data SDKI 2012, data tidak tertimbang

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kebutuhan ber-KB Berdasarkan Jarak Pemakaian Kontrasepsi Setelah Melahirkan

Jarak Penggunaan Kontrasepsi Setelah Melahirkan	Kebutuhan ber-KB										Total	
	Use to limit		Use to space		Unmet need for limit		Unmet need for space		No unmet need			
	n	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<6 minggu	2.487	(61,02)	3.467	(59,46)	53	(60,23)	66	(58,41)	94	(66,2)	6.167	(60,17)
7-16 minggu	1.090	(26,74)	1.714	(29,39)	25	(28,41)	27	(23,89)	33	(23,24)	2.889	(28,19)
17-32 minggu	223	(5,47)	352	(6,04)	6	(6,82)	10	(8,85)	8	(5,63)	599	(5,84)
33-48 minggu	128	(3,14)	139	(2,38)	1	(1,14)	4	(3,54)	2	(1,41)	274	(2,67)
>48 minggu	148	(3,63)	159	(2,73)	3	(3,41)	6	(5,31)	5	(3,52)	321	(3,13)
<b>Total</b>	<b>4.076</b>	<b>(100)</b>	<b>5.831</b>	<b>(100)</b>	<b>88</b>	<b>(100)</b>	<b>113</b>	<b>(100)</b>	<b>142</b>	<b>(100)</b>	<b>10.250</b>	<b>(100)</b>

Sumber : Pengolahan data SDKI 2012; Keterangan : data tidak tertimbang

Tabel 3. Efektivitas kontrasepsi 12 bulan pertama pemakaian berdasarkan kegagalan kontrasepsi

Metode Kontrasepsi	Tingkat Kehamilan tahun pertama (Trussell) <sup>a</sup>	Tingkat Kehamilan 12 bulan pertama <sup>b</sup>
Implan	0,05	0,56
IUD	0,8	0,75
Sterilisasi pria	0,15	
Sterelisasi wanita	0,2	
Suntik	3	1,28
Pil	8	4
Kondom pria	15	7,26
Kondom wanita	21	
Diafragma	16	
Pantang berkala	25	7,32
Senggama terputus	27	8,93

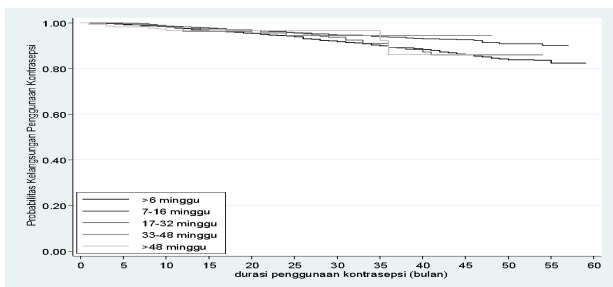
Keterangan: <sup>a</sup>Angka sebagian besar dari Amerika serikat(1)

<sup>b</sup>Sumber: pengolahan data SDKI 2012, data tidak ditimbang

Pada kontrasepsi kondom, pantang berkala, suntik dan senggama terputus berbanding terbalik dengan kontrasepsi implan dan sama dengan kontrasepsi pil dan IUD. Metode kontrasepsi efektifitas terendah adalah metode senggama terputus dan paling tinggi yaitu implan.

### Kegagalan kontrasepsi menurut variabel bebas dan variabel luar

Gambar 2 menunjukkan perbedaan median survival pengguna KB dengan jarak penggunaan kontrasepsi (kurva keberlangsungan saling berhimpit).



Gambar 2. Kegagalan kontrasepsi berdasarkan jarak penggunaan kontrasepsi setelah melahirkan

Tabel 4 menunjukkan jarak penggunaan kontrasepsi yang berpengaruh pada kegagalan kontrasepsi adalah <6 minggu paska melahirkan, tetapi risiko paling besar adalah pada >48 minggu paska melahirkan. Faktor lain yang berpengaruh adalah wanita yang tidak terpenuhi kebutuhan KB (*unmeet need*), berpendidikan tinggi, sosial ekonomi yang sangat miskin, wanita berumur 35-49 tahun dan paritas.

Tabel 5 menunjukkan perubahan nilai HR wanita yang menggunakan kontrasepsi <6 minggu setelah melahirkan. Wanita yang memakai kontrasepsi <6 minggu setelah melahirkan berisiko 30% lebih tinggi mengalami kegagalan kontrasepsi, ketika kondisi lain sama (kebutuhan KB terpenuhi dan wanita berumur 35-49 tahun (Model 6)).

Tabel 4. Analisis *failure function* dan analisis *Log Rank*

Karakteristik	<i>Failure function</i> 12 bulan pertama (%)	HR <sup>e</sup> (CI)
<b>Jarak Kontrasepsi setelah melahirkan</b>		
<6 minggu	2,53	1,76 <sup>***</sup> (1,42-2,18)
7-16 minggu <sup>ref</sup>	1,78	1
17-32 minggu	1,87	1,52 <sup>*</sup> (1-2,3)
33-48 minggu	3,64	1,25(0,63-2,47)
>48 minggu	3,35	1,91 <sup>*</sup> (1-3,67)
<b>Kebutuhan ber-KB</b>		
<i>Unmet need</i>	17,52	7,81 <sup>***</sup> (6,14-9,92)
<i>Met need</i> <sup>ref</sup>	2,01	1
<b>Pendidikan</b>		
Rendah <sup>ref</sup>	1,89	1
Menengah	2,63	1,22(0,97-1,53)
Tinggi	2,53	1,22 <sup>*</sup> (1-1,51)
<b>Tingkat Ekonomi</b>		
Sangat miskin	2,46	1,31 <sup>*</sup> (1,01-1,69)
Miskin <sup>ref</sup>	2,3	1,16(0,88-1,53)
Menengah	2,18	1
Kaya	2,46	1,11(0,84-1,47)
Sangat kaya	2,2	0,99(0,73-1,34)
<b>Umur</b>		
15-19	1,4	1,06(0,68-164)
20-34 <sup>ref</sup>	2,28	1
35-49	3,09	1,39 <sup>*</sup> (1,08-1,79)
<b>Paritas</b>		
0-1	2,06	1,26 <sup>*</sup> (1,02-1,57)
2 <sup>ref</sup>	2,18	1
≥3	2,93	1,25 <sup>*</sup> (1-1,56)

Sumber : Pengolahan data SDKI

Keterangan : p-value dihitung menggunakan uji *log-rank*; HR (*Hazard Ratio*) dihitung dengan uji *cox regression*; <sup>ref</sup> *reference*; <sup>\*</sup> p-value (p)<0,05); <sup>\*\*</sup> p-value (p)<0,001); <sup>\*\*\*</sup> p-value (p)<0,0001)

Tabel 5. Analisis *Cox Proportion Hazard*

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6
	HR <sup>e</sup> (95% CI)	HR <sup>e</sup> (95% CI)	HR <sup>e</sup> (95% CI)	HR <sup>e</sup> (95% CI)	HR <sup>e</sup> (95% CI)	HR <sup>e</sup> (95% CI)
<b>Jarak Kontrasepsi setelah melahirkan</b>						
<6 minggu	1,76 <sup>***</sup> (1,42-2,18)	1,69 <sup>***</sup> (1,36-2,1)	1,76 <sup>***</sup> (1,42-2,18)	1,79 <sup>***</sup> (1,44-2,22)	1,73 <sup>***</sup> (1,39-2,14)	1,7 <sup>***</sup> (1,37-2,11)
7-16 minggu <sup>ref</sup>	1	1	1	1	1	1
17-32 minggu	1,52 <sup>*</sup> (1-2,3)	1,47(0,97-2,24)	1,46(0,96-2,22)	1,49(0,98-2,27)	1,42(0,93-2,16)	1,38(0,69-2,73)
33-48 minggu	1,25(0,63-2,47)	1,35(0,68-2,67)	1,24(0,62-2,46)	1,25(0,63-2,48)	1,33(0,67-2,64)	1,94 <sup>*</sup> (1,01-3,72)
>48 minggu	1,91 <sup>*</sup> (1-3,67)	1,88(0,98-3,61)	1,98 <sup>*</sup> (1,03-3,81)	1,87(0,97-3,59)	1,92 <sup>*</sup> (1-3,7)	
<b>Kebutuhan ber-KB</b>						
<i>Unmet need</i>		7,63 <sup>***</sup> (5,99-9,71)			7,4 <sup>***</sup> (5,8-9,45)	7,68 <sup>***</sup> (6,03-9,78)
<i>Met need</i> <sup>ref</sup>		1			1	1
<b>Pendidikan</b>						
Rendah <sup>ref</sup>				1	1	
Menengah				1,33 <sup>*</sup> (1,05-1,69)	1,33 <sup>*</sup> (1,05-1,69)	
Tinggi				1,45 <sup>*</sup> (1,15-1,83)	1,38 <sup>*</sup> (1,09-1,76)	
<b>Tingkat Ekonomi</b>						
Sangat miskin				1,5 <sup>*</sup> (1,14-1,97)	1,4 <sup>*</sup> (1,06-1,56)	
Miskin				1,24(0,94-1,64)	1,22(0,92-1,53)	
Menengah <sup>ref</sup>				1	1	
Kaya				1,08(0,82-1,44)	1,01(0,75-1,34)	
Sangat kaya				0,91(0,67-1,24)	0,91(0,67-1,9)	
<b>Umur</b>						
15-19			1,12(0,69-1,8)		0,97(0,6-1,56)	0,95(0,61-1,47)
20-34 <sup>ref</sup>			1		1	1
35-49			1,52 <sup>*</sup> (1,15-1,99)		1,45 <sup>*</sup> (1,1-1,9)	1,36 <sup>*</sup> (1,06-1,75)
<b>Paritas</b>						
0-1			1,28 <sup>*</sup> (1,03-1,59)		1,15(0,92-1,44)	
2 <sup>ref</sup>			1		1	
≥3			1,39 <sup>*</sup> (1,1-1,56)		1,28 <sup>*</sup> (1,01-1,63)	
<b>AIC</b>	7123,23	6947,10	7113,33	7117,27	6938,32	6941,86
<b>BIC</b>	7152,17	6983,27	7171,21	7189,62	7046,84	6992,50
<b>N</b>	10250	10250	10250	10250	10250	10250

## BAHASAN

Pemakaian metode kontrasepsi terbanyak pada metode suntik. Temuan ini sesuai dengan laporan SDKI 2012 yang menunjukkan bahwa pengguna kontrasepsi yang menggunakan kontrasepsi suntik yaitu sebesar 31,9% (12). Terlihat pada pendidikan yang memakai kontrasepsi terbanyak pada pendidikan rendah. Temuan ini sesuai dengan laporan SDKI 2012, yang menunjukkan responden yang tamat SD memiliki persentase tertinggi (12).

Secara umum penelitian ini telah menunjukkan pengaruh jarak pemakaian kontrasepsi setelah melahirkan terhadap kegagalan kontrasepsi. Kelompok wanita yang menggunakan kontrasepsi <6 minggu memiliki risiko paling rendah dibanding >48 minggu setelah mengendalikan faktor lain. Baik atau buruknya kualitas pelayanan kontrasepsi ini juga terlihat dalam gambaran wanita yang menggunakan kontrasepsi setelah melahirkan dengan terlebih dahulu melakukan konseling terhadap petugas kesehatan. Sehingga kebutuhan KB pada wanita setelah melahirkan dengan tujuan pengaturan kehamilan (menunda, menjarangkan, dan menghentikan) dapat terpenuhi (10, 14). Jika kualitasnya buruk maka akan berpengaruh pada capaian program KB di Indonesia.

Faktor lain yang berpengaruh pada kegagalan yaitu kebutuhan ber-KB, umur, pendidikan dan paritas. Kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi memiliki risiko kegagalan paling tinggi dibanding kebutuhan ber-KB terpenuhi. Faktor sosial seperti pendidikan juga berpengaruh pada kegagalan. Sebaliknya, Wanita dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki risiko gagal lebih tinggi daripada pendidikan rendah. Begitu juga dengan umur sebagai faktor interpersonal menunjukkan hasil bahwa usia lebih tua cenderung mengalami kegagalan lebih tinggi daripada usia mud.. Wanita dengan tingkat ekonomi kaya juga lebih berisiko mengalami kegagalan. Tingkat ekonomi yang dianggap merupakan *proxy* dari akses biaya untuk mendapatkan kontrasepsi dalam penelitian ini tidak berpengaruh secara kuat. Akses ekonomi kurang dapat memprediksi kegagalan dibanding faktor lain seperti tingkat pendidikan. Hal tersebut dibuktikan dari nilai statistik perbandingan antara Model 5 dan Model 6.

Sayangnya belum pernah dijumpai penelitian serupa. Penelitian yang sedikit menyerupai adalah bagaimana kekuatan kebutuhan ber-KB dengan kegagalan kontrasepsi. Penelitian ini mendapatkan hasil yang sama bahwa wanita yang tidak terpenuhi kebutuhan ber-KB mengalami risiko paling besar daripada

yang terpenuhi kebutuhan ber-KB atau tidak keduanya (14,15). Hasil studi yang mendukung hipotesis bahwa kegagalan kontrasepsi dipengaruhi oleh kualitas layanan yang diterima seperti konseling dan pemilihan yang tepat (16,17).

Pemilihan yang tepat mencerminkan pemakaian kontrasepsi yang benar dan konsisten. Pemakaian kontrasepsi yang benar dan konsisten dipengaruhi oleh bagi pengguna kontrasepsi itu sendiri dan bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi tersebut.(18) Aspek kualitas yang penting dalam mengurangi kegagalan kontrasepsi adalah konseling, hubungan interpersonal antara penerima dan pemberi layanan, serta penyediaan *supply*. Studi menyebutkan bahwa pemberian konseling yang berkualitas dan penyediaan alat kontrasepsi berkualitas dapat mengurangi angka kegagalan (17).

Banyak faktor yang dapat memprediksi kegagalan kontrasepsi yaitu usia, tingkat ekonomi, pendidikan, paritas serta kebutuhan ber-KB, walaupun tingkat ekonomi menjadi tidak signifikan. Faktor ini sudah banyak diteliti dan hasil konsisten memengaruhi pada berbagai *setting* penelitian. Wanita yang kebutuhan KB tidak terpenuhi cenderung tinggi angka kegagalannya karena tidak menginginkan anak dan tidak terpenuhi kebutuhan kontrasepsinya (19). Hasil penelitian juga menunjukkan hasil yang sama yaitu persentase responden yang tidak terpenuhi kebutuhan ber-KB lebih tinggi pada wanita yang menggunakan kontrasepsi >48 minggu setelah melahirkan.

Secara teori, tingkat kesuburan paling tinggi terdapat pada wanita yang berumur 15-19 tahun sehingga tidak diragukan usia tersebut mengalami kegagalan kontrasepsi paling tinggi dibanding kelompok umur lain (16). Hasil penelitian menunjukkan hal yang berbeda, wanita yang berumur 35-49 tahun memiliki tingkat kegagalan paling tinggi pada 12 bulan pertama. Hal ini berkaitan erat dengan tingginya penggunaan kontrasepsi jangka pendek terutama pada suntik dan pil. Wanita cenderung menggunakan metode kontrasepsi apapun yang dapat mencegah kehamilan tanpa mempertimbangkan perbedaan tujuan penggunaan setiap metode kontrasepsi.

Anak dianggap sebagai sumber nilai yang berharga secara ekonomi maupun sosial. Banyaknya jumlah anak mampu memperkuat posisi wanita dalam keluarga maupun masyarakat (20). Hasil penelitian ini menunjukkan wanita yang memiliki lebih dari tiga anak tanpa mempertimbangkan lahir hidup dan mati memiliki risiko lebih tinggi kegagalannya dibanding wanita yang tidak pernah melahirkan atau satu kali

melahirkan. Hasil ini selaras dengan hasil penelitian Creanga menyebutkan kegagalan paling tinggi pada yang mempunyai anak lebih dari tiga dalam satu tahun penggunaan kontrasepsi. (17)

Tingkat pendidikan tinggi lebih berpeluang mengalami kegagalan dibanding tingkat pendidikan rendah. Hasil ini berbanding terbalik dengan penelitian di China yang menyebutkan bahwa wanita yang tidak pernah sekolah memiliki angka kegagalan paling tinggi daripada tingkat dasar dan menengah, tetapi pendidikan tingkat dasar memiliki persentase yang sama dengan tingkat menengah ke atas (21).

Analisis bivariabel menunjukkan bahwa tingkat ekonomi sangat kaya lebih berpeluang untuk mengalami kegagalan kontrasepsi dibanding ekonomi sangat miskin. Namun dalam analisis multivariabel tidak ditemukan pengaruh yang signifikan. Memiliki kemampuan secara ekonomi untuk memanfaatkan pelayanan KB tidak serta merta membuat wanita menggunakan kontrasepsi yang efektif dan konsisten serta benar. Wanita dengan strata sosial dan pendidikan yang lebih tinggi justru lebih sering berganti cara KB karena mereka memiliki lebih banyak pilihan jika metode yang digunakan tidak memuaskan, sehingga angka kegagalan lebih tinggi. Pemodelan menunjukkan bahwa tingkat pendidikan lebih baik dalam memprediksi kegagalan kontrasepsi dibanding tingkat ekonomi. Pada penelitian akses ekonomi tersebut tidak terbukti berpengaruh pada kegagalan setelah mempertimbangkan faktor lain.

## SIMPULAN

Terdapat perbedaan tingkat kegagalan penggunaan alat kontrasepsi dengan jarak penggunaan kontrasepsi setelah melahirkan. Faktor kebutuhan ber-KB dan pendidikan terbukti berpengaruh pada kegagalan penggunaan alat kontrasepsi. Penyedia kontrasepsi implan (badan POM) dapat melakukan penambahan variasi kontrasepsi implan di Indonesia dan didukung dengan tenaga kesehatan berkualitas.

### Abstrak

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh jarak penggunaan kontrasepsi setelah melahirkan terhadap kegagalan kontrasepsi. **Metode:** Penelitian observasional yang menggunakan data SDKI 2012 dengan rancangan kohort-retrospektif. Wanita usia subur yang pernah kawin dan sedang menggunakan kontrasepsi tetapi hamil saat memakai kontrasepsi digunakan sebagai unit

analisis. Kemudian kelompok ini dianalisis dengan jarak menggunakan kontrasepsi setelah melahirkan. Analisis data menggunakan analisis survival dimana besar pengaruh jarak penggunaan kontrasepsi setelah melahirkan terhadap kegagalan kontrasepsi diperoleh menggunakan metode *Stratified Cox Regression*. **Hasil:** Hasil analisis menunjukkan kegagalan lebih tinggi pada metode kontrasepsi tradisional seperti senggama terputus. Angka kegagalan penggunaan metode kontrasepsi implan di Indonesia lebih tinggi 10 kali lipat dari angka kegagalan global. Wanita 33-48 minggu dan >48 minggu memakai kontrasepsi setelah melahirkan lebih tinggi risiko kehamilan dengan kegagalan kontrasepsi (berturut-turut HR=1,25; 95%CI=0,63-2,47 dan 1,91; 95%CI=1-3,67). Semua variabel luar memiliki hubungan yang signifikan. Faktor lain yang memengaruhi kegagalan adalah umur dan kebutuhan KB. **Simpulan:** Jarak menggunakan kontrasepsi setelah melahirkan mempunyai hubungan dengan kegagalan kontrasepsi pada wanita usia subur di Indonesia

**Kata Kunci:** metode kontrasepsi; kegagalan; wanita pernah kawin

## PUSTAKA

1. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2004;70(2):89-96.
2. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. 2008;77(1):10-21.
3. Blanc AK, Curtis SL, Croft TN. Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. *Studies in family planning*. 2002;33(2):127-40.
4. Cwiak C, Gellasch T, Zieman M. Peripartum contraceptive attitudes and practices. *Contraception*. 2004;70(5):383-6.
5. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: An educational and ecological approach*: McGraw-Hill New York; 2005.
6. Molyneaux J, Kantner A, Meirida D, Frankenberg E, Kasmiyati; Waloejo S.(1991) The duration of contraceptive use. Secondary analysis of the 1987 National Indonesia Contraceptive Prevalence Survey Volume I: Fertility and family planning,[compiled by] Indonesia. 1991.
7. Bailey C. Contraceptive discontinuation and side effects: evidence from a longitudinal study in southern Ghana. 2009.
8. Fallon B-O, Janine L, Speizer IS, White JS. Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008;23(6):410-7.
9. Cu Le L, Magnani R, Rice J, Speizer I, Bertrand W. Reassessing the level of unintended pregnancy and its correlates in Vietnam. *Studies in family planning*. 2004;35(1):15-26.

10. Bairagi R, Rahman M. Contraceptive failure in Matlab, Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*. 1996;21-5.
11. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use: World Health Organization; 2010.
12. BPS, BKKBN, Kemenkes RI, ICF International. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia 2012*. Maryland, USA: ICF International; 2013.
13. Statistik BP. *Indonesia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton Maryland, USA: BPS and ORC Macro, 2007.
14. Callahan R, Becker S. Unmet Need, Intention to Use Contraceptive and Unwanted Pregnancy in Rural Bangladesh. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2014;40(1):4-10.
15. Ryder NB. Contraceptive failure in the United States. *Family Planning Perspectives*. 1973:133-42.
16. Black KI, Gupta S, Rassi A, Kubba A. Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2010;24(4):443-55.
17. Creanga AA, Acharya R, Ahmed S, Tsui AO. Contraceptive discontinuation and failure and subsequent abortion in Romania: 1994–99. *Studies in family planning*. 2007;38(1):23-34.
18. Trussell J. Understanding contraceptive failure. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009;23(2):199-209.
19. Motlaq ME, Eslami M, Yazdanpanah M, Nakhaee N. Contraceptive use and unmet need for family planning in Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;121(2):157-61.
20. Brunie A, Tolley EE, Ngabo F, Wesson J, Chen M. Getting to 70%: barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;123:e11-e5.
21. Wang D. Contraceptive failure in China. *Contraception*. 2002;66(3):173-8.

