

Peran sumber layanan dan jenis *provider* terhadap diskontinuitas kontrasepsi: analisis data survei demografi kesehatan Indonesia 2012

Effects of health facility ownership and type of providers on contraception discontinuation: an analysis of 2012 Indonesian demographic health survey

Izzatul Arifah¹, Sukamdi², Siswanto Agus Wilopo¹

Abstract

Dikirim: 23 Februari 2016
Diterbitkan: 1 November 2016

Purpose: This study aimed to examine the role of source of family planning services and types of providers on the discontinuity pattern of modern contraceptive use in women of childbearing age. **Methods:** This study analyzed the longitudinal data using secondary data of the IDHS 2012. The sample criteria were: women ever married, aged 15-49, who have ever used modern contraception (pills, injections, IUDs and implants). Stratified Cox models were used to assess the effect of predictors toward contraceptive discontinuation. **Results:** Kaplan-Meier curves showed higher discontinuity in the short-term contraceptive methods such as injections and pills. Multivariable analysis showed the influence of method source to discontinuation after controlling for other factors, namely age, number of children, education level and place of residence. The risk of discontinuation was greater in government source than private, with HR 1.14 95% CI (1.06 to 1.23). Sub-sample analysis of private services showed a greater chance of discontinuity in physician, with HR 1.28 95% CI (1.06 to 1.54). **Conclusion:** Contraceptive discontinuation rate was lower among women using private source and midwives. Women with older age had greater number of children, and the factor of low education levels also was associated with longer duration of contraceptive use.

Keywords: source of method; provider; discontinuation; modern contraceptive

¹Departemen Biostatistik, Epidemiologi dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada (Email: izzatularifah@gmail.com)

²Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada

PENDAHULUAN

Keberlangsungan penggunaan kontrasepsi memengaruhi kemampuan metode kontrasepsi dalam mencegah kehamilan tidak diinginkan. Tingginya tingkat putus pakai kontrasepsi berkontribusi pada kejadian kehamilan tidak diinginkan dan aborsi (1,2). *Total Fertility Rate* (TFR) suatu negara akan memperoleh nilai lebih rendah 28%-64% jika dapat mencegah kehamilan setelah putus pakai yang tidak karena keinginan untuk hamil (3). Faktor demografi preferensi fertilitas, umur, jumlah anak hidup dan status perkawinan berpengaruh terhadap diskontinuitas (4,5). Pendidikan dan tingkat ekonomi meskipun sering tidak konsisten turut memengaruhi diskontinuitas (4,5). Akses dan kualitas layanan adalah faktor *supply* yang menjadi penentu keinginan kontrasepsi dan diskontinuitas (3,5,6). Dalam hal ini *provider* atau pemberi layanan kontrasepsi mengambil bagian sebagai penyedia layanan yang berkualitas.

Wanita Indonesia memperoleh layanan KB dari beberapa tipe fasilitas kesehatan (*multi-provider* dan *solo-provider*) dan jenis *provider* (bidan, dokter, perawat dan tenaga lain) (7). Ketersediaan sumber pelayanan KB dan pilihan jenis *provider* yang beragam menimbulkan kualitas layanan yang berbeda. Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan pemakai kontrasepsi di Indonesia yang memanfaatkan jasa layanan sektor swasta (73%) lebih besar dibanding sektor pemerintah (23%). Di antara sumber layanan swasta, bidan merupakan sumber layanan yang paling banyak digunakan. Beratnya kebergantungan layanan KB pada sektor swasta dan jenis *provider* bidan memerlukan pengkajian lebih lanjut apakah yang memengaruhi dampak layanan KB adalah penggunaan kontrasepsi dan keberlangsungannya. Hal tersebut penting untuk dikaji mengingat program KB Indonesia saat ini diarahkan pada kemandirian dan peningkatan fungsi sektor swasta (8).

Literatur yang membahas mengenai perbedaan kualitas pelayanan KB antar *provider* dan sumber pelayanan di Indonesia masih jarang. Padahal, ketergantungan terhadap pelayanan KB pada *provider* di klinik bidan sangat besar. Hal ini menjadi latar belakang peneliti untuk mengevaluasi kualitas pelayanan secara tidak langsung dengan melihat luaran pelayanan KB yaitu diskontinuitas dari berbagai jenis *provider* dan sumber pelayanan tersebut. Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengkaji peran sumber layanan KB dan jenis *provider* terhadap pola diskontinuitas

penggunaan kontrasepsi modern pada Wanita Usia Subur (WUS).

METODE

Penelitian observasional analitik ini menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun (SDKI) tahun 2012 yang dilakukan dengan rancangan *cross-sectional* dan dianalisis secara kohort retrospektif. Penelitian ini menggunakan data kalender yang merekam penggunaan kontrasepsi selama lima tahun lalu sebelum tahun pelaksanaan survei. Penelitian dilakukan di 33 provinsi Indonesia yang melibatkan 8917 wanita. Sampel adalah wanita usia subur pernah kawin memakai kontrasepsi modern jenis pil, suntik, implan dan IUD, dengan kriteria inklusi tercatat kalender pada kurun waktu pengamatan (3-62 bulan sebelum survei).

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah sumber layanan dan jenis *provider*. Variabel terikat adalah diskontinuitas metode kontrasepsi modern. Variabel luar adalah alasan diskontinuitas, usia, pendidikan, tingkat ekonomi, tempat tinggal, jumlah anak yang dimiliki dan preferensi fertilitas. *Event* dalam penelitian ini adalah kejadian putus pakai pertama *specific discontinuation method*: berhenti atau ganti cara menggunakan metode kontrasepsi tertentu. Analisis multivariabel menggunakan *Stratified Cox Regression*, dengan *Confidence Interval* (CI) 95% dan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

HASIL

Analisis Univariabel. Tabel 1 menunjukkan gambaran deskriptif karakteristik responden. Sebagian besar responden merupakan wanita pada kelompok usia 20-34, memiliki 0-1 anak hidup dan preferensi fertilitas masih menginginkan anak lagi. Mayoritas wanita pengguna metode kontrasepsi modern merupakan wanita dengan tingkat pendidikan tinggi (setara dengan pendidikan SMA dan seterusnya), lebih banyak tinggal di wilayah desa dan mayoritas merupakan keluarga dengan tingkat ekonomi miskin.

Tabel 2 memperlihatkan lebih dari tiga perempat responden mendapatkan layanan KB dari sumber layanan swasta. Fokus pada sektor swasta untuk melihat distribusi berdasarkan jenis *provider*.

Lebih dari tiga perempat pengguna kontrasepsi memperolehnya dari jenis *provider* bidan praktik mandiri. Jenis *provider* dokter praktik merupakan *provider* yang paling jarang digunakan sebagai sumber layanan KB.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur (Mean= 26,2; min =12; max= 48)		
<19	1.308	14,7
20-34	6.458	72,4
35-49	1.152	12,9
Jumlah anak yang dimiliki (Mean= 1,8; min= 0; max= 12)		
0-1	5.409	60,7
2	1.920	21,5
> 2	1.588	17,8
Preferensi fertilitas		
Tidak ingin	2.235	25,1
Ingin anak	6.682	74,9
Tingkat ekonomi		
Sangat Miskin	1.703	19,1
Miskin	1.910	21,4
Menengah	1.912	21,4
Kaya	1.874	21,0
Sangat Kaya	1.519	17,0
Pendidikan		
Rendah	3.049	34,2
Menengah	2.438	27,3
Tinggi	3.430	38,5
Tempat Tinggal		
Kota	4.181	46,9
Desa	4.736	53,1
Total N (%)	8.917	100

Tabel 2. Distribusi frekuensi Responden Penelitian

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Sektor Pemerintah	1.716	19,2
Sektor Swasta	7.201	80,8
Jenis Provider		
Solo Provider Bidan	6.165	85,6
Solo provider	204	2,8
Dokter	265	3,7
Multi provider	568	7,9
Apotek		
Sektor Pemerintah	1.716	19,2
Sektor Swasta	7.201	80,8
Jenis Provider		
Solo Provider Bidan	6.165	85,6
Solo provider	204	2,8
Dokter	265	3,7
Multi provider	568	7,9
Apotek		
Total N (%)	8.917	100

Analisis bivariabel tingkat putus pakai penggunaan kontrasepsi. *Method-specific discontinuation rate* ditunjukkan dalam Tabel 3 dengan melihat berdasarkan *failure function* pada akhir tahun pertama, kedua, ketiga, keempat dan tahun kelima pemakaian kontrasepsi. Sesuai dengan hasil SDKI 2012 hasil penelitian menunjukkan tingkat putus pakai berbeda antar metode, paling tinggi yaitu metode pil. Secara umum, responden yang mengalami putus pakai lebih

banyak dikarenakan alasan yang berkaitan dengan masalah pada metode kontrasepsi yang digunakan. Hanya sekitar sepertiga yang berhenti menggunakan metode kontrasepsi dikarenakan penurunan kebutuhan kontrasepsi. Karena terdapat perbedaan antar jenis kontrasepsi yang mencolok, maka jenis kontrasepsi akan dipertimbangkan dalam analisis selanjutnya dengan menggunakan stratifikasi.

Tabel 3. Hasil analisis *failure function*/tingkat putus pakai antar metode kontrasepsi

Bulan ke-	Tingkat putus pakai per metode (0-59 bulan)			
	Pil	Suntik	IUD	Implan
12	33,59	21,67	7,68	8,42
24	49,45	37,36	16,59	13,63
36	61,39	51,62	25,96	29,28
48	69,64	62,84	37,88	53,92
59	74,57	69,64	39,18	59,04
Median Survival (bulan)	25	35	44	59+

Sumber : Pengolahan data SDKI, data tidak tertimbang

Analisis diskontinuitas menurut variabel bebas dan variabel luar. Perbedaan median survival pengguna KB dengan sumber layanan pemerintah dan swasta tidak jauh berbeda. Tidak terdapat perbedaan probabilitas keberlangsungan yang bermakna secara statistik antara sumber layanan pemerintah dan swasta.

Variabel umur, jumlah anak dan preferensi fertilitas berpengaruh pada diskontinuitas. Begitu pula dengan variabel pendidikan dan tempat tinggal. Variabel tingkat ekonomi juga berpengaruh pada diskontinuitas, terutama pada tingkat ekonomi sangat kaya.

Analisis Multivariabel. Variabel luar yang dipilih masuk pada model dilakukan dengan pertimbangan pengaruh pada prediktor utama dan multikolinearitas antar variabel luar. Variabel preferensi fertilitas dipilih untuk tidak dimasukkan karena secara teori dapat diwakilkan oleh variabel jumlah anak dan umur.

Pemodelan multivariabel pada tabel 5 menunjukkan nilai HR layanan pemerintah menjadi 1,12 95% CI (1,04–1,21). Hal tersebut menunjukkan bahwa wanita yang menggunakan sumber layanan KB pemerintah berisiko 12% lebih tinggi dan lebih pendek durasi penggunaan kontrasepsinya dibanding pengguna layanan KB swasta, ketika kondisi lain sama yaitu umur antara 35-49 tahun, jumlah anak yang dimiliki lebih dari 2 anak dan tingkat pendidikan rendah.

Tabel 4. Analisis diskontinuitas berdasarkan

variabel prediktor dengan stratifikasi variabel metode kontrasepsi

Karakteristik	Median Survival (bulan)	HR	95% CI
Sumber			
Layanan KB	36	1,01	(0,93 – 1,08)
Layanan pemerintah	34	1	
Layanan swasta ^{ref}			
Umur (tahun)			
<19	25	1,96 ^{***}	(1,74 – 2,21)
20-34	35	1,47 ^{***}	(1,32 – 1,63)
35-49 ^{ref}	53	1	
Jumlah anak yang dimiliki			
1	26	1,95 ^{***}	(1,80 – 2,12)
2	45	1,07	(0,97 – 1,18)
> 2 ^{ref}	48	1	
Preferensi fertilitas			
Tidak ingin ^{ref}	59+	1	
Ingin anak	28	2,26 ^{***}	(2,08 – 2,45)
Pendidikan			
Rendah ^{ref}	42	1	
Menengah	35	1,26 ^{***}	(1,16 – 1,37)
Tinggi	29	1,56 ^{***}	(1,45 – 1,68)
Tempat tinggal			
Desa ^{ref}	37	1	
Kota	33	1,17 ^{***}	(1,10 – 1,24)
Tingkat ekonomi			
Sangat Miskin ^{ref}	37	1	
Miskin	34	1,10 [*]	(1,01 – 1,11)
Menengah	35	1,09	(0,99 – 1,19)
Kaya	34	1,11 [*]	(1,01 – 1,21)
Sangat Kaya	34	1,24 ^{***}	(1,12 – 1,37)

Sumber : Pengolahan data SDKI

Ket : HR (*Hazard Ratio*) dihitung dengan uji *stratified cox regression*; ^{ref} *reference*; * *p-value* (*p*)<0,05

Analisis sub-sampel sumber layanan swasta.

Analisis dilakukan untuk mengeksplorasi lebih jauh pada kelompok layanan swasta yang merupakan sumber mayoritas wanita dalam layanan KB. Analisis selanjutnya akan melihat pengaruh jenis *provider* utama KB yaitu bidan swasta dan dokter swasta pada diskontinuitas penggunaan KB dengan menggunakan jumlah sampel yang lebih kecil (N=5.846).

Berdasarkan pemodelan yang paling efektif disimpulkan bahwa wanita yang mendapat layanan KB dari dokter berisiko 1,27 (95% CI:1,06–1,53) kali lebih besar untuk mengalami diskontinuitas dibanding *provider* bidan setelah mempertimbangkan kondisi jika memiliki jumlah anak lebih dari dua, umur 35-49 tahun, tingkat pendidikan rendah serta tempat tinggal di pedesaan.

Tabel 5. Model multivariabel akhir

Variabel	Hazard Ratio	95% Confidence Interval
Sumber Layanan KB		
Layanan Pemerintah	1,12 ^{**}	1,04–1,21
Layanan Swasta ^{ref}	1	
Umur (tahun)		
<19	1,31 ^{***}	1,13–1,52
20-34	1,14 [*]	1,01–1,28
>35 ^{ref}	1	1
Jumlah anak yang dimiliki		
1-1	1,66 ^{***}	1,50–1,83
2	0,98	0,88 – 1,08
> 2 ^{ref}	1	1
Pendidikan		
Rendah	1	1
Menengah	1,12 [*]	1,03 –1,22
Tinggi	1,38 ^{***}	1,28–1,50
Tempat tinggal		
Desa	1	1
Kota	1,06	0,99 – 1,13
N		8565

Sumber: Pengolahan data SDKI 2012 ; Keterangan: * signifikan (*p-value* <0,05)

BAHASAN

Penelitian ini menemukan kelompok wanita yang menggunakan sumber layanan swasta berisiko mengalami diskontinuitas lebih rendah dan durasi penggunaan kontrasepsi yang lebih panjang dibandingkan kelompok yang menggunakan layanan pemerintah setelah mengendalikan faktor lain. Berfokus pada sumber layanan swasta yang mendominasi, peneliti membandingkan diskontinuitas berdasarkan jenis *provider*. Kelompok wanita yang mendapatkan layanan KB dari jenis *provider* bidan swasta memiliki risiko lebih rendah untuk mengalami diskontinuitas dan durasi penggunaan kontrasepsi yang lebih panjang. Temuan ini dapat dianggap sebagai kabar baik karena mayoritas wanita di Indonesia memperoleh layanan kontrasepsi dari layanan swasta, terutama jenis *provider* bidan praktik (8). Jika kualitasnya justru buruk maka akan berpengaruh pada capaian program KB di Indonesia.

Faktor lain yang memengaruhi diskontinuitas adalah umur, jumlah anak, pendidikan dan tempat tinggal. Faktor tersebut terbukti sebagai *confounding* hubungan sumber layanan KB dengan diskontinuitas. Umur yang lebih muda cenderung menggunakan kontrasepsi dalam durasi yang lebih pendek. Jumlah anak yang lebih sedikit berpeluang memiliki durasi penggunaan kontrasepsi yang lebih panjang. Wanita dengan tingkat pendidikan tinggi justru berisiko memiliki durasi penggunaan kontrasepsi yang lebih pendek. Wanita yang tinggal di daerah perkotaan juga berpeluang lebih tinggi untuk mengalami diskontinuitas dan durasi penggunaan yang lebih pendek,

namun faktor ini tidak terbukti signifikan ketika dikendalikan oleh faktor tingkat pendidikan. Wanita dengan tingkat ekonomi kaya juga lebih berisiko untuk menggunakan kontrasepsi dalam waktu yang lebih pendek. Tingkat ekonomi yang dianggap merupakan proxy dari akses ekonomi dalam penelitian ini tidak berpengaruh secara kuat.

Penelitian serupa pernah dilakukan di negara lain dan mendapatkan hasil yang sama. Peneliti sebelumnya menemukan bahwa wanita yang memilih menggunakan sumber layanan KB swasta, memiliki durasi penggunaan kontrasepsi yang lebih lama pada layanan KB pemerintah (5,9). Namun kedua penelitian tersebut sama-sama kekurangan bukti untuk menjelaskan bagaimana diskontinuitas pada pemerintah cenderung lebih tinggi dibanding swasta, sebagaimana juga hasil penelitian ini. Asumsi utama adalah terdapat perbedaan kualitas yang substansial pada kualitas layanan swasta dan pemerintah, sehingga berkontribusi pada tingginya diskontinuitas pada pengguna layanan pemerintah.

Hasil studi yang mendukung hipotesis bahwa diskontinuitas penggunaan kontrasepsi dipengaruhi oleh kualitas layanan yang diterima sudah banyak ditemukan dan digali (6,10,11). Ramarao dalam studi quasi eksperimental di Filipina menyatakan bahwa responden yang menerima layanan dengan kualitas tinggi setelah 16 bulan lebih banyak yang masih menggunakan kontrasepsi, dibandingkan yang menerima layanan kualitas rendah (6). Staveteig & Mallick berdasarkan data DHS dan FPE (*Family Planning Effort*)-scores pada negara berkembang termasuk Indonesia, menemukan bahwa semakin baik kualitas secara signifikan dapat mengurangi risiko diskontinuitas pada kelompok yang membutuhkan kontrasepsi (11).

Akan tetapi, masih jarang penelitian di Indonesia yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kualitas layanan KB antar layanan swasta dan pemerintah serta antar jenis *provider* bidan praktik dan dokter praktik. Studi pustaka di Amerika tentang kualitas layanan KB yang mayoritas berdasarkan survei perspektif klien memperlihatkan bahwa kualitas layanan berbeda-beda tergantung karakteristik fasilitas, *provider*, klien dan konsultasi (12). Umumnya kualitas layanan lebih buruk pada sektor pemerintah dibanding swasta. Dua karakteristik *provider* ditemukan berhubungan dengan kualitas layanan yaitu: 1) Jenis kelamin, bahwa *provider* perempuan dianggap oleh klien memberikan layanan lebih berkualitas dibanding *provider* laki-laki; 2) Jenis *provider*, mayoritas klien menganggap tenaga kese-

hatan selain dokter (bidan-perawat) memberikan layanan yang lebih berkualitas (12).

Perbedaan kualitas antar sumber layanan KB juga ditunjukkan pada studi di Kenya. Sektor swasta lebih menunjukkan kesiapan untuk memberikan layanan serta memberi perhatian yang lebih besar pada kebutuhan klien, sehingga klien lebih puas ketika mendapat layanan di sektor swasta (13). Sektor swasta menunjukkan hubungan interpersonal saat proses penyampaian layanan yang lebih berkualitas dibanding pemerintah, tetapi tidak lebih berkualitas secara teknis. Kepuasan layanan KB lebih tinggi pada sektor swasta disebabkan oleh faktor waktu tunggu yang lebih pendek dan faktor jarang mengalami kehabisan persediaan alat dan obat KB (14).

Peran jenis *provider* terhadap keberlangsungan kontrasepsi juga terlihat dari perbedaan kualitas layanan dan kepuasan kliennya. Studi di Bali menunjukkan bahwa pemilihan fasilitas yang utamanya pada klinik bidan swasta tidak terjadi secara kebetulan. Alasan utama pemilihan tersebut adalah faktor jarak, kejelasan dan kelengkapan informasi yang diperoleh serta keramahan pelayanan (15). Penelitian menunjukkan sumber layanan yang bergantung pada dokter sebagai tenaga utama, memiliki waktu pemberian konseling lebih pendek dari pada waktu konseling KB yang diberikan oleh perawat-bidan (16). Konseling yang adekuat dapat membantu keberlangsungan penggunaan kontrasepsi terutama jika terdapat masalah seperti efek samping (17,18). Hal tersebut menjadi penentu perbedaan kepuasan klien antara *provider* bidan dan dokter.

Kepuasan klien dapat menjadi penentu kualitas layanan. Studi di Kenya menunjukkan bahwa berdasarkan kesiapan fasilitas, kualitas layanan swasta lebih buruk dibanding pemerintah. Tetapi karena faktor waktu tunggu dan perilaku *provider*, kepuasan klien lebih tinggi pada swasta. Klien juga menyatakan layanan swasta lebih berkualitas (19). Maka kepuasan klien pada layanan dan kualitas layanan menjadi salah satu faktor yang berkontribusi pada tingginya diskontinuitas pada sumber layanan pemerintah dan jenis *provider* dokter.

Faktor lain yang dapat meningkatkan peluang terjadi diskontinuitas adalah faktor umur, jumlah anak dan preferensi fertilitas (4,5,20,21). Wanita yang lebih muda dan memiliki anak yang masih sedikit cenderung untuk masih menginginkan anak (22). Oleh karena itu, motivasi untuk menggunakan kontrasepsi dalam jangka waktu yang lama lebih rendah, sehingga cenderung untuk mengalami diskontinuitas (23). Hal tersebut menunjukkan bahwa keputusan meng-

gunakan kontrasepsi bukanlah keputusan tertutup (*one-off choice*) (24). Kebutuhan kontrasepsi wanita berubah-ubah bergantung situasi dan perubahan siklus hidup (22).

Tingkat pendidikan tinggi justru lebih berpeluang mengalami diskontinuitas dibanding tingkat pendidikan rendah. Hasil ini juga didukung oleh temuan di Filipina yang menunjukkan tidak selalu tingginya pendidikan mengakibatkan penggunaan kontrasepsi yang lebih lama. Wanita yang menempuh pendidikan tinggi cenderung menunda waktu menikah. Sehingga ketika menikah, mereka cenderung untuk memiliki beberapa anak dalam periode yang cepat, sehingga menggunakan kontrasepsi dalam durasi yang lebih pendek (21). Analisis bivariabel juga menunjukkan bahwa tingkat ekonomi sangat kaya lebih berpeluang untuk mengalami diskontinuitas dibanding ekonomi sangat miskin. Namun dalam analisis multivariabel tidak ditemukan pengaruh yang signifikan. Studi terdahulu menunjukkan bahwa diskontinuitas metode tertentu lebih tinggi pada wanita dari tingkat ekonomi kaya. 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 diskontinuitas metode tertentu lebih tinggi (21,25).

Kualitas dari data kalender tidak diteliti dengan baik. Walaupun beberapa peneliti menemukan bahwa data kalender cenderung konsisten (26), tetapi penelitian terkini menyebutkan ada kecenderungan terdapat data yang tidak dilaporkan pada kalender, terutama pada kontrasepsi jangka pendek dan metode tradisional (27). Sumber layanan KB dan jenis *provider* yang digunakan adalah sumber layanan dan jenis *provider* pertama sehingga tidak dapat melihat perubahan dalam sumber layanan yang digunakan.

Tipe pengukuran diskontinuitas yang digunakan adalah *method-specific discontinuation*. Pengukuran *all-method related discontinuation* dianggap lebih dapat menggambarkan aspek kualitas (3). Analisis diskontinuitas tidak mempertimbangkan alasan diskontinuitas. Semua alasan diskontinuitas dalam penelitian ini diperlakukan sama. Variabel pendidikan, tingkat ekonomi dan tempat tinggal diambil berdasarkan data pada saat dilakukan survei. Status sosial ekonomi diasumsikan sama dengan kondisi wanita saat mulai menggunakan kontrasepsi pada masa pengamatan.

SIMPULAN

Pengguna layanan KB swasta memiliki durasi penggunaan kontrasepsi modern lebih lama dibanding

pengguna layanan KB pemerintah. Pengguna yang memperoleh layanan KB dari *provider* bidan memiliki durasi penggunaan kontrasepsi modern lebih lama dibanding pengguna yang memperoleh layanan KB dari *provider* dokter. Wanita dengan umur yang lebih tua, jumlah anak dan tingkat pendidikan juga memiliki tingkat diskontinuitas lebih rendah. Faktor pendidikan dapat memprediksi diskontinuitas lebih baik dibanding faktor tingkat ekonomi.

Perlu evaluasi terkait beberapa elemen kualitas layanan KB menjadi pembeda kualitas antar sumber layanan KB dan jenis *provider* pada sumber layanan KB pemerintah dan jenis *provider* dokter, kemudian ditindaklanjuti dengan kebijakan yang sesuai untuk kepentingan kesuksesan program KB di Indonesia.

Abstrak

Tujuan: Penelitian bertujuan mengkaji peran sumber layanan KB dan jenis *provider* terhadap pola diskontinuitas penggunaan kontrasepsi modern pada Wanita Usia Subur (WUS). **Metode:** Peneliti menganalisis data longitudinal menggunakan data sekunder SDKI 2012. Sampel yaitu WUS yang pernah menggunakan kontrasepsi pil, suntik, IUD dan implan. Analisis diskontinuitas berdasarkan prediktornya dilakukan dengan *stratified cox model*. **Hasil:** Kurva *Kaplan-meier* menunjukkan bahwa diskontinuitas lebih tinggi pada metode kontrasepsi jangka pendek seperti suntik dan pil. Analisis multivariabel membuktikan, setelah mengendalikan faktor lain yaitu umur, jumlah anak, tingkat pendidikan dan tempat tinggal, terdapat pengaruh sumber layanan KB pada diskontinuitas. Risiko untuk diskontinuitas lebih besar pada sumber layanan KB pemerintah. Analisis sub-sampel sumber layanan swasta menunjukkan risiko diskontinuitas lebih besar pada jenis *provider* dokter. **Simpulan:** Tingkat diskontinuitas penggunaan kontrasepsi modern lebih rendah pada wanita dengan sumber layanan swasta dan jenis *provider* bidan. Tingkat diskontinuitas juga lebih rendah pada wanita berumur lebih tua, jumlah anak lebih banyak, dan tingkat pendidikan rendah.

Kata kunci: Sumber Layanan; *Provider*; Diskontinuitas; Putus Pakai; Kontrasepsi

PUSTAKA

1. Cleland J, Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. *Obstetrics & Gynecology*. 2004;104(2):314-20.
2. Tsui AO, McDonald-Mosley R, Burke AE. Family planning and the burden of unintended pregnancies. *Epidemiologic reviews*. 2010;32(1):152-74.
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. Ali M, Cleland J. Determinants of contraceptive discontinuation in six developing countries. *Journal of Biosocial Science*. 1999;31(03):343-60.
5. Gubhaju B. Barriers to sustained use of contraception in Nepal: quality of care, socio-economic status, and method-related factors. *Biodemography and social biology*. 2009;55(1):52-70.
6. RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *International Family Planning Perspectives*. 2003;76-83.
7. Heywood P, Harahap NP. Health facilities at the district level in Indonesia. *Australia and New Zealand Health Policy*. 2009;6(1):13.
8. BPS, BKKBN, Kemenkes RI, ICF International. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia 2012*. Maryland, USA: ICF International; 2013.
9. Steele F. Selection effects of source of contraceptive supply in an analysis of discontinuation of contraception: multilevel modelling when random effects are correlated with an explanatory variable. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*. 2003;166(3):407-23.
10. Koenig MA, Ahmed S, Hossain MB. The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh: *Frontiers in Reproductive Health, Population Council*; 2003.
11. Staveteig S, Mallick L, Winter R. *Uptake and discontinuation of long-acting reversible contraceptives (LARCs) in low-income countries*. Rockville, Maryland, USA: ICF International, 2015.
12. Becker D, Koenig MA, Mi Kim Y, Cardona K, Sonenstein FL. The quality of family planning services in the United States: findings from a literature review. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2007;39(4):206-15.
13. Agha S, Do M. The quality of family planning services and client satisfaction in the public and private sectors in Kenya. *International journal for quality in health care*. 2009;21(2):87-96.
14. Hutchinson PL, Do M, Agha S. Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: a comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana. *BMC health services research*. 2011; 11(1):203.
15. Nilakusmawati DPE, Nitiyasa G. *Studi operasional peningkatan pemakaian kontrasepsi IUD di Provinsi Bali PIRAMIDA*. 2012;8(2).
16. Frost JJ, Gold RB, Frohwirth L, Blades N. *Variation in service delivery practices among clinics providing publicly funded family planning services in 2010*. New York: Guttmacher Institute; 2012.
17. Canto De Cetina TE, Canto P, Ordoñez Luna M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxy progesterone acetate. *Contraception*. 2001;63(3): 143-6.
18. El-shereef EA, Gamal H, Ahmed M. Contraceptive use dynamics and effect of counseling on use-continuation of contraception in Assiut Governorate, Upper Egypt. *Journal of American Science*. 2011;7(6).
19. Agwanda A, Khasakhala A, Kimani M. *Assessment of family planning services in Kenya: Evidence from the 2004 Kenya Service Provision Assessment survey*. Calverton, Maryland, USA: Macro International, 2009.
20. Schoemaker J. *Contraceptive use among the poor in Indonesia*. *International Family Planning Perspectives*. 2005;106-14.
21. Laguna EP, Po ALC, Perez A, Kanter A. *Contraceptive Use Dynamics in the Philippines: Determinants of Contraceptive Method Choice and Discontinuation*: Macro International; 2000.
22. Withers MH, Tavrow P, Adinata NA. Do Ambivalent Women Have an Unmet Need for Family Planning? A Longitudinal Study from Bali, Indonesia. *Women's Health Issues*. 2011;21(6):444-9.
23. Curtis S, Evens E, Sambisa W. Contraceptive discontinuation and unintended pregnancy: an imperfect relationship. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2011;37(2):58.
24. Belfield T. *Principles of contraceptive care: choice, acceptability and access*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009;23(2): 177-85.
25. Ali MM, Cleland J. *Contraceptive Switching after Method-related Discontinuation: Levels and Differentials*. *Studies in family planning*. 2010;41(2):129-33.
26. Bradley SE, Schwandt H, Khan S. Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation. *DHS analytical studies*. 2009;20.
27. Bradley SEK, William Winfrey, Trevor N. Croft. *Contraceptive Use and Perinatal Mortality in the DHS: An Assessment of the Quality and Consistency of Calendars and Histories*. Rockville, Maryland, USA: ICF International; 2015.

