

BAB VIII

KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

Penelitian yang berjudul “Determinan *unmet need* Keluarga Berencana di Indonesia” memiliki tujuan utama yaitu untuk menjawab mengapa terjadi kenaikan tingkat *unmet need* keluarga berencana. Kondisinya penting dan harus dicarikan solusinya. Model determinan *unmet need* di Indonesia dibangun dengan pendekatan statistik deskriptif menggunakan univariat dan bivariat analisis dan pendekatan model regresi logistik dengan menggunakan multivariat analisis.

Metode estimasi yang digunakan untuk mengestimasi determinan *unmet need* keluarga berencana di Indonesia adalah metode regresi logistik biner.

8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis deskriptif dan hasil estimasi model determinan *unmet need* keluarga berencana yang telah dikemukakan pada bagian sebelumnya, selanjutnya dapat ditarik beberapa kesimpulan penting sebagai berikut :

1. Hasil analisis deskriptif dapat disimpulkan bahwa dari tahun 2002 hingga 2012 TFR stagnan pada angka 2,6 anak per wanita selama hidupnya. Fertilitas yang diinginkan selalu lebih rendah dari total fertilitas. Tingkat prevalensi kontrasepsi secara umum terus mengalami kenaikan meskipun kecil. Sementara itu angka *unmet need* juga mengalami kenaikan selama periode tersebut.
2. *Unmet need* KB bervariasi antara provinsi. Berdasarkan wilayah/pulau, *unmet need* di pulau Sumatera cukup bervariasi. Lima dari 10 provinsi di pulau Sumatera *unmet need*nya berada di atas *unmet need* nasional yaitu Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau dan Kepulauan Riau. Pulau Jawa dan Kalimantan variasinya cukup merata angkanya di bawah *unmet need* nasional, kecuali DKI Jakarta, DI Yogyakarta dan Kalimantan Timur. Pulau Bali dan Nusa Tenggara variasi NTB dan NTT *unmet need*nya berada di atas angka nasional. Untuk pulau Sulawesi, Maluku dan Papua kondisinya jauh berbeda, ketiga pulau ini variasi *unmet need* antara provinsi menunjukkan

angka jauh di atas angka nasional kecuali Sulawesi Utara yaitu dengan kisaran 14 hingga 24%. Variasi *unmet need* yang cukup lebar terjadi antara wilayah timur Indonesia dan wilayah barat Indonesia. Persentase *unmet need* di wilayah timur Indonesia jauh lebih tinggi dibandingkan *unmet need* di wilayah barat Indonesia.

3. Berdasarkan *crosstabulation* dan pengujian *chi-square* untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan variabel independen diperoleh hasil semua variabel independen berhubungan signifikan dengan status *unmet need* KB di Indonesia pada tingkat kepercayaan 95%.
4. Hasil analisis deskriptif ditemukan bahwa persentase status *unmet need* tertinggi terjadi pada kelompok umur 40-49 tahun sebesar 14 hingga 16%, wanita yang memiliki anak 5 orang atau lebih dimana status *unmet need* mencapai 20,6%, berpendidikan rendah, tinggal di perkotaan, dan kelompok rumah tangga termiskin sebesar 13,5%. Sedangkan persentase status *unmet need* terendah berada pada wanita yang tidak memiliki anak, dimana status *unmet need* hanya 3,3% dari keseluruhan wanita yang berada dalam kategori tersebut.
5. Berdasarkan multivariat analisis dengan metode logistik biner ditemukan determinan penting yang berkontribusi terhadap rendahnya *unmet need* KB di Indonesia adalah umur wanita, wilayah tempat tinggal, kuintil kekayaan, kunjungan ke fasilitas kesehatan, pengetahuan KB, pernah menggunakan KB, diskusi KB dengan suami, diskusi KB dengan teman/tetangga, informasi KB dari perawat/bidan dan informasi KB dari tokoh agama. Sedangkan determinan penting yang berkontribusi terhadap tingginya *unmet need* KB di Indonesia adalah jumlah anak masih hidup, tingkat pendidikan ibu, ekspos KB di media elektronik dan informasi KB dari kepala desa.

8.1.1. Kebaharuan Penelitian

Studi empiris yang dilakukan peneliti sebelumnya dengan menggunakan data DHS antar negara telah menempatkannya prioritas lebih pada karakteristik wanita dan karakteristik rumah tangga. Dalam penelitian ini disamping karakteristik wanita, setidaknya terdapat dua hal yang baru ditemukan dalam penelitian ini.

1. Dalam *new home economics* keputusan yang diambil dalam rumah tangga berdasarkan kesepakatan terbaik dari hasil diskusi pasangan antara suami-istri. Penggunaan alat kontrasepsi sebaiknya dilakukan atas diskusi dan kesepakatan suami istri. Selain diskusi suami-istri penelitian ini mencoba mengembangkan lagi bagaimana istri juga membangun komunikasi dengan wanita lain yang tinggal sebagai tetangga mereka. Dengan menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 penulis menemukan hasil yang menarik. Selain diskusi antara suami-istri dalam rumah tangga dapat menurunkan probabilitas terjadinya *unmet need* diantara pasangan atau mereka dapat meningkatkan probabilitas dalam memperoleh layanan KB. Interaksi ibu-ibu dengan tetangga mereka baik di desa maupun di perkotaan memberikan manfaat positif. Artinya semakin baik interaksi ibu-ibu dengan tetangga mereka, semakin menumbuhkan *social capital* baru yang dapat bermanfaat untuk kepentingan pelayanan KB.
2. Wanita agar merencanakan keluarga melalui kepesertaan KB. Peran serta bidan/perawat, kepala desa dan tokoh agama merupakan tiga pelaku utama potensial yang berperan dalam memberikan layanan informasi KB kepada masyarakat baik di perdesaan maupun di perkotaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peranan bidan/perawat sama pentingnya dengan peranan tokoh agama. Kehadiran kedua unsur tersebut telah menurunkan probabilitas terjadinya *unmet need* atau telah meningkatkan tingkat keterlayanan KB untuk wanita. Namun tidak demikian halnya dengan peranan kepala desa dan bahkan memperlihatkan hasil yang sebaliknya. Kepala desa yang aktif diperlihatkan oleh semakin tingginya ketidakterlayanan KB di desa dan perkotaan. Oleh karenanya peran kepala desa sebaiknya tidak lagi mendapatkan beban tambahan untuk persoalan baik informasi, komunikasi maupun edukasi dalam program KB.

8.1.2. Keterbatasan dan Penelitian Selanjutnya

Penelitian mengenai *unmet need* dalam disertasi ini juga mempunyai beberapa keterbatasan, antara lain:

1. Masalah data. Data yang digunakan pada penelitian ini terbatas pada series data survei demografi dan kesehatan Indonesia. Disamping itu rentang waktu yang cukup jauh antara satu survei dengan survei berikutnya (5 tahunan) menjadikan survei ini merupakan satu-satunya sumber data. Dengan demikian variabel determinan *unmet need* yang dapat diteliti terbatas hanya pada data hasil survei yang telah dipublikasikan. Tentu hal ini akan menutup peluang variabel lainnya yang dianggap berpengaruh signifikan terhadap *unmet need* guna diteliti dalam penelitian ini.
2. Data hasil survei ini tidak dapat diperbandingkan dengan data hasil survei tahun-tahun sebelumnya sebagai alat analisis karena data hasil survei yang digunakan pada penelitian ini menggunakan definisi dan metodologi baru. Penelitian lebih lanjut sebaiknya data hasil survei ini dilengkapi dengan survei beberapa daerah sampel untuk menunjang dan mengkonfirmasi hasil temuan di lapangan.
3. Penelitian terbatas hanya pada total *unmet need*, sedangkan *unmet need* meliputi *unmet need* untuk penjarangan kelahiran dan *unmet need* untuk pembatasan kelahiran. Agenda penelitian lebih lanjut agar memisahkan kedua komponen *unmet need* tersebut guna untuk memperoleh gambaran secara menyeluruh mengenai persoalan *unmet need* di Indonesia, sebab ada indikasi bahwa determinan untuk kedua jenis kejadian *unmet need* tersebut terdapat perbedaan antara satu dengan yang lainnya.
4. Terkait dengan diskusi suami-istri tentang KB dan diskusi dengan teman/tetangga, maka perlu dilanjutkan kajian yang lebih mendalam mengenai intensitas diskusi pasangan tentang KB dan diskusi KB dengan tetangga terhadap probabilitas terjadinya *unmet need*.

8.2. Implikasi Kebijakan

Kejadian *unmet need* merupakan problematika kependudukan yang menjadi salah satu aspek penting yang mendapat perhatian dalam pembangunan gerakan keluarga berencana di masa yang akan datang. Meningkatnya persentase *unmet need* menunjukkan bahwa persoalan *unmet need* masih menjadi tantangan yang harus dihadapi dan diatasi pemerintah. Peningkatan persentase kejadian *unmet need* akan dapat mempengaruhi pelaksanaan program KB dalam

menunjang pembangunan kependudukan dan keluarga berencana nasional, serta usaha pemerintah Indonesia mencapai beberapa target penting dibidang kependudukan seperti bonus demografi tahun 2020-2035 dan *sustainable development goals* (SDGs) di tahun 2030. Oleh karenanya pemerintah harus memprioritaskan pembangunan program KB dimasa datang untuk mereduksi kenaikan *unmet need* yang masih menjadi hambatan program kependudukan dan keluarga berencana.

Dalam merancang program kebijakan penurunan *unmet need* keluarga berencana di Indonesia pertama harus mempertimbangkan variasi *unmet need* antara provinsi, dan kemudian mengidentifikasi daerah atau provinsi yang memiliki *unmet need* tinggi (diatas angka nasional). Daerah ini dijadikan populasi target dan prioritas program penanganan *unmet need* melalui upaya pengendalian komponen karakteristik latar belakang wanita. Kemudian melalui upaya peningkatan komponen pengetahuan dan akses informasi, peningkatan komponen komunikasi, dan melalui upaya peningkatan komponen sumber informasi. Kemudian dari komponen ini, program KB difokuskan pada kelompok yang belum terjangkau layanan KB atau kategori yang mempunyai peluang terbesar terjadinya *unmet need*. Dengan demikian implikasi kebijakan program KB terkait dengan hasil studi ini dapat dikemukakan sebagai berikut :

Program KB semestinya memberikan penanganan persolan *unmet need* terfokus pada wanita kelompok umur muda (20-24) tahun dan dewasa (35-39) tahun, wanita yang mempunyai anak hidup 5 orang atau lebih, wanita yang berpendidikan lebih tinggi, wanita yang tinggal di perkotaan terutama masyarakat miskin perkotaan, disamping itu daerah pedesaan yang berpenduduk miskin tetap menjadi perhatian, dan wanita yang memiliki kuintil kekayaan terbawah, karena kelompok atau kategori ini mempunyai peluang terbesar untuk terjadinya *unmet need*. Pendekatan ini menunjukkan tingkat fleksibilitas program dan karakteristik ini dicapai dengan desentralisasi program KB. Sosialisasi program lebih intensif di lakukan pada kelompok sasaran ini.

Prioritas program penanganan *unmet need* KB selanjutnya adalah melalui upaya peningkatan komponen pengetahuan dan akses informasi. Program KB selanjutnya seharusnya memberikan penanganan masalah *unmet need* terfokus

pada wanita yang tidak memiliki pengetahuan tentang KB, karena kelompok ini memiliki resiko terbesar terjadinya *unmet need*. Program untuk meningkatkan pengetahuan wanita tentang KB harus terus dilakukan melalui sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat. Penanganan peningkatan pengetahuan wanita tentang KB lebih difokuskan pada daerah perdesaan atau daerah galciltas karena lebih 88% wanita yang tidak punya pengetahuan tentang KB berada di perdesaan. Namun demikian daerah perkotaan juga harus tetap mendapat perhatian, terutama daerah miskin perkotaan agar lebih intensif melakukan sosialisasi.

Program KB seharusnya memberikan penanganan masalah *unmet need* terfokus pada wanita yang pernah terekspos pesan KB melalui media elektronik karena kelompok ini mempunyai peluang besar terjadinya *unmet need*. Untuk itu perlu diciptakan suatu pembaharuan dalam media untuk mensosialisasikan program KB karena media elektronik tidak lagi dapat menyampaikan pesan secara efektif. Disamping itu jumlah akses informasi variasinya harus diperbanyak seperti memasukkan media sosial sebagai salah media informasi KB karena selama ini media informasi yang digunakan variasinya tidak mengalami perubahan.

Program KB selanjutnya seharusnya memberikan penanganan masalah *unmet need* terfokus pada wanita yang tidak pernah mengunjungi fasilitas kesehatan karena kelompok ini mempunyai resiko yang besar untuk terjadinya *unmet need*. Untuk meningkatkan kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan langkah yang harus dilakukan antara lain pelayanan KB harus diperluas dan diperkuat untuk menyebarkan informasi dan konseling tentang KB dan memberikan pelayanan bagi yang membutuhkan, khususnya bagi mereka yang tak terjangkau dan tak terlayani. Disamping itu pemerintah harus mendistribusikan fasilitas kesehatan (faskes) ke seluruh daerah guna menjangkau semua penduduk, karena selama ini distribusi faskes masih berpusat di perkotaan. Belajar dari mengalaman negara Ethiopia yang berhasil meningkatkan CPR menjadi 42% dalam 14 tahun terakhir. Pada tahun 2000 hanya sedikit WUS yang menggunakan kontrasepsi dikarenakan distribusi fasilitas kesehatan masih berpusat di perkotaan. Pemerintah kemudian membuat pemerataan fasilitas kesehatan di seluruh daerah guna menjangkau semua penduduk. Gerakan menjangkau semua masyarakat

dimulai dari tahun 2003, dimulai dengan perluasan layanan untuk anak-anak dan ibu-ibu melalui program KB, pengendalian penyakit tidak menular dan sanitasi. Selain itu jutaan wanita mendapat akses terhadap layanan KB dan menggunakan KB modern.

Kunci sukses program KB di India yang berhasil menurunkan TFR sampai 2,3 antara lain dengan meningkatkan pelayanan KB kepada wanita, dan memberikan kesempatan kepada mereka untuk memilih sendiri jenis alat kontrasepsi yang diinginkan, dan menentukan jarak kelahiran. Bahkan 24 dari 36 negara bagian TFR merosot hingga 2,1 anak per wanita.

Program KB selanjutnya seharusnya memberikan penanganan masalah *unmet need* terfokus pada wanita yang tidak pernah samasekali menggunakan alat/cara KB, karena kelompok ini memiliki resiko terbesar terjadinya *unmet need*. Program KB harus terus berusaha meningkatkan jumlah partisipasi penggunaan KB kepada kelompok ini dengan cara meningkatkan kualitas layanan dengan pemberian penyuluhan serta pemberian informasi tentang KB. Penanganan kelompok ini lebih difokuskan pada daerah perdesaan maupun daerah perkotaan karena sekitar 50% wanita baik di perdesaan maupun di perkotaan tidak pernah menggunakan alat/cara KB.

Prioritas program dalam penanganan *unmet need* KB selanjutnya adalah melalui upaya peningkatan komponen komunikasi yaitu diskusi pasangan dan diskusi dengan teman/tetangga. Program KB seharusnya memberikan penanganan masalah *unmet need* terfokus pada wanita yang tidak pernah berdiskusi dengan suaminya tentang KB, yang tidak pernah berdiskusi dengan teman/tetangga mereka tentang KB, karena kelompok ini mempunyai resiko yang besar untuk terjadinya *unmet need*. Untuk meningkatkan intensitas diskusi suami-istri tentang KB, diskusi dengan teman/tetangga maka informasi dan penyuluhan KB juga harus diberikan kepada suami maupun teman/tetangga, karena studi ini membuktikan bahwa istri yang tidak pernah samasekali berdiskusi dengan suami dan dengan teman/tetangga beresiko meningkatkan *unmet need*. Jumlahnya cukup banyak, sekitar 28.876 wanita atau 12% dari jumlah sampel 33.434 wanita. Dengan demikian program KB harus melibatkan lebih banyak lagi laki-laki maupun wanita, karena keterlibatan laki-laki akan mengurangi pertentangan

terhadap program KB dalam rumah tangga. Pasangan dapat membuat keputusan secara bersama dan memainkan peran yang efektif dalam pengambilan keputusan keluarga, sehingga dapat mereduksi angka *unmet need* dikalangan wanita. Begitu juga dengan diskusi pasangan dengan teman/tetangga agar terus ditingkatkan.

Prioritas program penanganan *unmet need* KB berikutnya adalah melalui komponen sumber informasi KB yaitu dari perawat/bidan, kepala desa dan tokoh agama. Program KB seharusnya memberikan penanganan masalah *unmet need* terfokus pada wanita yang tidak pernah menerima informasi KB dari perawat/bidan, dari tokoh agama dan yang pernah menerima informasi KB dari kepala desa, karena kelompok ini mempunyai resiko besar terjadinya *unmet need*. Program KB harus terus berupaya menurunkan angka *unmet need* KB melalui upaya peningkatan tempat pelayanan KB oleh perawat/bidan dalam bentuk pemberian informasi KB oleh perawat/bidan kepada masyarakat. Peran perawat/bidan sangat potensial untuk meningkatkan peserta KB, karena mereka lebih bersifat *curative* dan langsung berhubungan dengan wanita. Mereka adalah salah satu tenaga kesehatan yang sebagian besar hidup dengan tugas utamanya untuk membantu ibu-ibu dan anak-anak melayani kesehatan dan keluarga berencana. Peran bidan sangat penting untuk meningkatkan program KB terutama di daerah tertinggal, terpencil dan perbatasan (galciltas), kepulauan dan daerah aliran sungai (DAS), akses pemenuhan KIE dan kesehatan reproduksi remaja. Untuk mendukung program ini maka jumlah perawat/bidan harus ditambahnya yang diikuti dengan peningkatan fasilitas dan anggaran operasional KB.

Selanjutnya program KB harus terus berupaya menurunkan angka *unmet need* KB melalui upaya peningkatan peran tokoh agama dalam pemberian informasi KB kepada masyarakat terutama yang belum pernah menerima informasi KB dari tokoh agama. Sekitar 50% wanita baik di pedesaan maupun di perkotaan belum pernah menerima informasi KB dari tokoh agama. Penduduk memiliki berbagai macam karakter dan tidak mudah mengendalikannya, maka dalam hal ini peran tokoh agama dinilai sangat penting untuk meyakinkan masyarakat tentang program KB. Mereka lebih dekat dengan masyarakat,

pelibatan tokoh agama dalam sosialisasi dan kampanye program KB dilakukan lebih intensif dan maksimal sehingga program KB dapat mencapai sasaran.

Keberadaan kepala desa dalam memberikan informasi KB kepada masyarakat malah meningkatkan *unmet need* KB. Hal ini disebabkan informasi KB yang diberikan kepada masyarakat lebih intensif pada daerah *unmet need* yang rendah (1,64%) dan minim pada daerah *unmet need* tinggi (0,40%). Bagaimanapun juga peran serta kepala desa atau tokoh masyarakat masih diperlukan dalam mensosialisasikan program KB. Dengan demikian hendaknya kebijakan program KB terfokus pada daerah-daerah yang mempunyai *unmet need* tinggi melalui peningkatan sosialisasi gerakan nasional, gerakan terpadu, gerakan bersama pelaksanaan program KB. Selanjutnya perlu dibangun kepercayaan masyarakat terhadap kepala desa, tokoh masyarakat dan program pemerintah sehingga tingkat partisipasi dan kepedulian masyarakat terhadap KB dapat ditingkatkan dan akhirnya dapat menurunkan peluang terjadinya *unmet need* dikalangan wanita.

