









**DETERMINAN PARTISIPASI PENGGUNAAN
KONTRASEPSI MODERN
PADA PRIA KAWIN USIA 15-54 TAHUN DI INDONESIA**
(Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012)



Loli Adriani, SKM., MKM



**PROGRAM STUDI MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
TAHUN 2015**



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan kesempatan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan laporan penelitian ini yang berjudul “Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012)”. Dalam menyusun laporan ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dorongan dan petunjuk dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada Bapak Dr. Sutanto P. Hastono M.Kes yang telah memberikan waktu, dukungan dan arahan dalam penyelesaian tesis ini. Selanjutnya kepada Bapak Dr. Besral, SKM, M.Sc. yang juga merta membimbing dan memberikan banyak masukan dalam penyusunan laporan ini.

Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada :

1. Bapak dan Ibu Dosen Staf Pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Orang tua, Kakak, Abang, Adek, dan Rafa yang selalu memberikan do’a, motivasi dan semangat dalam penyelesaian laporan ini.

Penulis menyadari bahwa laporan ini masih belum sempurna dan banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dalam penyempurnaan laporan ini. Penulis berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat dan dikembangkan lebih lanjut demi perkembangan ilmu pengetahuan.

Depok, 02 Juli 2015

Penulis

ABSTRAK

Nama : Loli Adriani
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2012)

Salah satu usaha pengendalian penduduk, adalah dengan meningkatkan kontrasepsi modern pria. Akan tetapi berdasarkan Laporan SDKI 2012, partisipasi pria dalam penggunaan kontrasepsi modern masih sangat rendah, dan belum mencapai target RPJMN 2010-2014. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan menjelaskan determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia. Penelitian ini menggunakan data SDKI 2012 modul pria, dengan jumlah sampel 5812 pria kawin usia 15-54 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kondom dan masa subur, pengetahuan vasektomi, persepsi KB merupakan urusan wanita, persepsi kondom dan jumlah anak hidup berhubungan signifikan dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin. Faktor dominan yaitu pengetahuan kondom dan masa subur (sedang: OR=5,1; 95%CI: 2,5-10,2 ; baik: OR=9,2; 95%CI: 4,2-20,9), dan terdapat interaksi antara persepsi kondom dengan diskusi dengan tenaga kesehatan. Disarankan penggalakan program KB pada pria, serta memberikan KIE terkait kontrasepsi pria oleh tenaga kesehatan.

Kata kunci: Kontrasepsi pria, KB, kondom, vasektomi.

ABSTRACT

Name : Loli Adriani
Study Program : Public Health
Title : Determinant of Modern Contraception Use among Married Men aged 15-54 years old in Indonesia (Data Analysis of Indonesia Demographic and Health Survey 2012)

One attempt to control the population is increasing modern contraceptive use among men. However, IDHS 2012 reported that participation of men in modern contraceptive use is still very low, and haven't rich the target of RPJMN 2010-2014. This study examined the determinants of modern contraceptive use in married men aged 15-54 years in Indonesia. This study used Indonesia Demographic and Health Survey – Men Module 2012 (IDHS 2012) data, with a sample of 5812 married men aged 15-54 years old. Findings indicated that knowledge of condoms and ovulatory cycle, knowledge of vasectomy, perception; contraception is a woman's bussiness, perception of condoms, and the number of living children were most significantly associated with modern contraceptive use among married men. The dominant factor is the knowledge of condoms and ovulatory cycle (middle: OR = 5.1; 95% CI: 2.5 to 10.2; good: OR = 9.2; 95% CI: 4.2 to 20.9), and there is an interaction between the perception of condoms with discussions with health worker. Suggested promotion of family planning programs in men, as well as providing IEC related male contraception by health worker.

Keywords: male contraception, family planning, condoms, vasectomy.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup.....	7
BAB 2	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Keluarga Berencana	8
2.2 Partisipasi Pria dalam ber-KB.....	9
2.2.1 Bentuk Partisipasi Pria dalam ber-KB	9
2.2.2 Metode Kontrasepsi Pria	11
2.3 Teori Perilaku.....	14
2.4 Faktor - faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Penggunaan Metode Kontrasepsi pada Pria	16
2.4.1 Pengetahuan.....	16
2.4.2 Persepsi	17
2.4.3 Umur	18
2.4.4 Pendidikan.....	18
2.4.5 Status Sosial Ekonomi	18
2.4.6 Keinginan Menambah Jumlah Anak.....	19
2.4.7 Jumlah Anak Hidup	19
2.4.8 Diskusi KB dengan Istri.....	19
2.4.9 Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan.....	20
2.4.10 Keterpaparan Media.....	20
2.4.11 Penelitian terkait Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana	21

2.5	Regresi Logistik	23
2.6	Kerangka Teori	25
BAB 3		27
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL...		27
3.1	Kerangka Konsep	27
3.2	Hipotesis	28
3.3	Definisi Operasional.....	30
BAB 4		35
METODE PENELITIAN		35
4.1	Desain Penelitian.....	35
4.2	SDKI 2012 Modul Pria.....	35
4.3	Populasi dan Sampel	36
4.4	Pengolahan Data	38
4.5	Analisis Data.....	39
4.5.1	Analisis Univariabel.....	40
4.5.2	Analisis Bivariabel.....	41
4.5.3	Analisis Multivariabel.....	42
BAB 5		44
HASIL PENELITIAN		44
5.1	Gambaran Karakteristik Pria Kawin Usia 15-54 Tahun	44
5.1.1	Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia	44
5.1.2	Pengetahuan mengenai Kondom dan Masa Subur pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia	45
5.1.3	Pengetahuan mengenai Vasektomi pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia	47
5.1.4	Persepsi ; KB merupakan Urusan Wanita	47
5.1.5	Persepsi mengenai Kondom	48
5.1.6	Persepsi mengenai Vasektomi.....	48
5.1.7	Umur	49
5.1.8	Pendidikan.....	50
5.1.9	Status Sosial Ekonomi	51
5.1.10	Keinginan Menambah Jumlah Anak.....	51
5.1.11	Jumlah Anak Hidup	52
5.1.12	Diskusi KB dengan Istri.....	52
5.1.13	Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan.....	53
5.1.14	Keterpaparan KB melalui Media	53

5.2	Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia.....	54
5.2.1	Hubungan Pengetahuan Kondom dan Masa Subur dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	54
5.2.2	Hubungan Pengetahuan Vasektomi dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	55
5.2.3	Hubungan Persepsi: KB merupakan Urusan Wanita dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	55
5.2.4	Hubungan Persepsi mengenai Kondom dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	56
5.2.5	Hubungan Persepsi mengenai Vasektomi dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	57
5.2.6	Hubungan Umur dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	57
5.2.7	Hubungan Pendidikan dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern	58
5.2.8	Hubungan Status Sosial Ekonomi dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern	59
5.2.9	Hubungan Keinginan Menambah Jumlah Anak dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	59
5.2.10	Hubungan Jumlah Anak Hidup dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern	60
5.2.11	Hubungan Diskusi KB dengan Istri dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	60
5.2.12	Hubungan Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	61
5.2.13	Hubungan Keterpaparan KB melalui Media dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern.....	62
5.3	Analisis Multivariabel	62
5.3.1	Seleksi Bivariabel	62
5.3.2	Model Baku Emas (<i>Gold Standard Model</i>).....	63
5.3.3	Uji Variabel <i>Confounder</i>	65
5.3.4	Uji Interaksi.....	75
5.3.5	Model Akhir	76
BAB 6	.....	81
PEMBAHASAN	.....	81
6.1	Keterbatasan Penelitian	81
6.2	Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria	82
6.3	Pengetahuan.....	83
6.4	Persepsi.....	85

6.5	Umur.....	88
6.6	Pendidikan	89
6.7	Status Sosial Ekonomi.....	90
6.8	Keinginan Menambah Jumlah Anak	91
6.9	Jumlah Anak Hidup.....	92
6.10	Diskusi KB dengan Istri	93
6.11	Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan	94
6.12	Keterpaparan KB melalui media.....	95
BAB 7	.....	97
KESIMPULAN DAN SARAN	.....	97
7.1	Kesimpulan.....	97
7.2	Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA	.....	100
LAMPIRAN	.....	107
	(Perizinan dari www.measuredhs.com)	107

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Sasaran Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana	8
Tabel 2.2	Penelitian terkait Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana	21
Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian.....	28
Tabel 4.1	Besar Minimal Sampel Berdasarkan Variabel Independen	34
Tabel 4.2	Daftar Variabel dan Sumber Pertanyaan.....	36
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012) ..	41
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	42
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pernyataannya mengenai Kondom (Analisis Data SDKI 2012)	42
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan Masa Subur Wanita (Analisis Data SDKI 2012)	43
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan Kondom dan Masa Subur di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012).....	43
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia menurut Pernyataannya mengenai Vasektomi (Analisis Data SDKI 2012)	44
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan mengenai Vasektomi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	44
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Pria Usia 15-54 Tahun menurut persepsinya mengenai KB merupakan Urusan Wanita (Analisis SDKI 2012).....	45
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Pria menurut Persepsi mengenai Kondom (Analisis Data SDKI 2012)	45
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi mengenai Kondom di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	45
Tabel 5.11	Distribusi Frekuensi Pria menurut Persepsinya mengenai Vasektomi (Analisis Data SDKI 2012)	46
Tabel 5.12	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi mengenai Vasektomi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	46
Tabel 5.13	Distribusi Umur pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis SDKI 2012)	47
Tabel 5.14	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kelompok Umur di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	47
Tabel 5.15	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Tingkat Pendidikan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	47
Tabel 5.16	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kelompok Tingkat Pendidikan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	48

Tabel 5.17	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kuintil Indeks Kekayaan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012) ...	48
Tabel 5.18	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kelompok Status Sosial Ekonomi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	48
Tabel 5.19	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keinginan Memiliki Anak di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	49
Tabel 5.20	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keinginan Menambah Jumlah Anak di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	49
Tabel 5.21	Distribusi Jumlah Anak Hidup pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis SDKI 2012).....	49
Tabel 5.22	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Jumlah Anak Hidup di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	50
Tabel 5.23	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Diskusi KB dengan Istri di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	50
Tabel 5.24	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012).....	50
Tabel 5.25	Distribusi Frekuensi Keterpaparan KB Pria Kawin Usia 15-54 Tahun melalui Berbagai Media di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	51
Tabel 5.26	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keterpaparan KB melalui Media di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	51
Tabel 5.27	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan Kondom dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	52
Tabel 5.28	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan Vasektomi dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	53
Tabel 5.29	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi: KB urusan Wanita dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	53
Tabel 5.30	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi Kondom dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	54
Tabel 5.31	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi Vasektomi dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	54
Tabel 5.32	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kelompok Umur dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	55
Tabel 5.33	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pendidikan dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	56

Tabel 5.34	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Status Sosial Ekonomi dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	56
Tabel 5.35	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keinginan Menambah Jumlah Anak dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	57
Tabel 5.36	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Jumlah Anak Hidup dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	58
Tabel 5.37	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Diskusi KB dengan Istri dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	58
Tabel 5.38	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012).....	59
Tabel 5.39	Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keterpaparan KB melalui Media dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	60
Tabel 5.40	Hasil Analisis Bivariabel sebagai Kandidat Pemodelan	60
Tabel 5.41	Model Baku Emas Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	61
Tabel 5.42	Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Keterpaparan KB melalui Media Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)	63
Tabel 5.43	Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Keterpaparan KB melalui Media Dikeluarkan	64
Tabel 5.44	Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Keinginan Menambah Jumlah Anak Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)	64
Tabel 5.45	Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Keinginan Menambah Jumlah Anak Dikeluarkan	65
Tabel 5.46	Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)	66
Tabel 5.47	Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan Dikeluarkan.....	66
Tabel 5.48	Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Persepsi mengenai Vasektomi Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012) ...	67
Tabel 5.49	Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Persepsi mengenai Vasektomi Dikeluarkan.....	68
Tabel 5.50	Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Pendidikan Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)	68

Tabel 5.51	Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Pendidikan Dikeluarkan	69
Tabel 5.52	Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Diskusi KB dengan Istri Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)	70
Tabel 5.53	Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Diskusi KB dengan Istri Dikeluarkan	70
Tabel 5.54	Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Status Sosial Ekonomi Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012).....	71
Tabel 5.55	Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Status Sosial Ekonomi Dikeluarkan	71
Tabel 5.56	Model Multivariat Hasil Uji <i>Confounder</i>	72
Tabel 5.57	Analisis Multivariabel Uji Interaksi	73
Tabel 5.58	Model Akhir Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012).....	74
Tabel 5.59	Odds Ratio Persepsi Kondom terhadap Penggunaan Kontrasepsi Modern Pria Kawin Usia 15-54 Tahun berdasarkan Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Nilai Fungsi Probabilitas $f(Z)$ pada Regresi Logistik	23
Gambar 2.2 Kerangka Teori	25
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	26
Gambar 4.1 Restriksi Sampel Data Penelitian	35

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jumlah populasi manusia di dunia mengalami pertumbuhan setiap harinya. Berdasarkan data Worldometer, selama abad 20 telah bertambah jumlah penduduk dunia dari 1,65 milyar hingga 6 milyar jiwa. Jumlah kelahiran tahunan tertinggi terjadi pada tahun 1980-an, yaitu sekitar 138 juta, dan kini diperkirakan sebesar 134 jiwa kelahiran, dengan jumlah kematian 56 juta per tahunnya (UNESA, 2013). Saat ini estimasi jumlah penduduk dunia pada tahun 2015 yaitu sebesar 7,2 milyar jiwa (Worldometers, 2015), dan Indonesia menyumbang sekitar 3,5% atau sebanyak 237,6 juta jiwa (BPS, 2010). Berdasarkan hasil proyeksi, jumlah penduduk Indonesia akan terus meningkat menjadi 305,6 juta jiwa pada tahun 2035 (BPS, 2013).

Peningkatan jumlah penduduk tersebut tidak seimbang dengan sumber daya alam yang ada. Terlihat saat ini, lahan di Indonesia semakin sempit, khususnya di kota-kota besar, hutan diubah menjadi perkampungan, dan berbagai satwa pun punah karena kehilangan habitatnya. Tidak heran jika di berbagai wilayah sering terjadi banjir, karena sudah berkurangnya daerah resapan air, dan imbasnya juga dirasakan oleh manusia itu sendiri. Oleh karena itu, demi keseimbangan ekosistem, keberlangsungan dan kualitas hidup generasi di masa yang akan datang, salah satu bentuk usaha yang dapat dilakukan adalah pengendalian penduduk (Waryono, 2009).

Program KB (Keluarga Berencana) merupakan program pengendalian penduduk yang menjadi agenda prioritas di Indonesia. Sesuai dengan Undang-Undang No. 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga sebagai pengganti Undang-Undang No. 10 tahun 1992, KB didefinisikan sebagai upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Terdapat beberapa sasaran dalam Buku I RPJMN 2015-2019 yang harus dicapai dalam Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana. Beberapa sasaran tersebut antara lain menurunkan Angka Kelahiran Total (*Total Fertility Rate*),

menekan jumlah kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*), meningkatkan angka prevalensi kontrasepsi, meningkatkan partisipasi penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dan menurunkan tingkat putus pakai kontrasepsi. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan partisipasi seluruh pasangan usia subur (BAPPENAS, 2014).

Tanggung jawab bersama dalam menjalankan program KB ini telah diatur dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) di Kairo tahun 1994, Deklarasi Beijing pada tahun 1995, dan Deklarasi UN (*United Nation*) Millenium tahun 2000, yang menyatakan bahwa baik wanita maupun pria memiliki hak yang sama dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi. Hal ini menunjukkan bahwa hak dan kewajiban masing-masing gender adalah sama. Perwujudan kesetaraan gender di Indonesia terlihat dalam Propenas (Program Pembangunan Nasional) 2000-2004 (UU 25/2000), yang dijabarkan kedalam Rencana Pembangunan Tahunan (REPETA) 2003, salah satunya yaitu meningkatkan partisipasi KB pada pria (BAPPENAS dan CIDA, 2002).

Partisipasi KB pria di negara maju cukup tinggi yaitu 6% vasektomi, 13% kondom, dan 8% senggama terputus. Sedangkan di negara-negara berkembang hanya 3% vasektomi, 3% kondom, dan 1% senggama terputus (UN, 2003). Berdasarkan Laporan SDKI 2007, diketahui partisipasi KB pria di Indonesia hanya sebesar 5,4%, dan diantaranya hanya 2,7% pengguna kontrasepsi modern (*Statistic Indonesia dan Macro International, 2008*). Jika dibandingkan dengan partisipasi pria pada tahun 2012, angka ini mengalami penurunan. Penurunan pemakaian kontrasepsi pria tersebut terjadi pada pemakaian MOP (dari 0,4% pada tahun 2007 menjadi 0,3% pada tahun 2012). Sedangkan pemakaian kontrasepsi kondom sedikit meningkat menjadi 2,5 persen dari 2,4% (*Statistic Indonesia dan Macro International, 2008*). Secara keseluruhan berdasarkan Laporan SDKI 2012 Modul Pria, hanya 4,7% pria yang menggunakan KB, yaitu 2,7% KB modern, dan hampir 2% cara tradisional (BKKBN dan UNFPA, 2014). Angka ini tidak sesuai dengan amanat RPJMN 2010-2014 yang menargetkan partisipasi KB pria sebesar 5%. Selain itu, sebagian besar pria yaitu sebanyak 42% pria setuju bahwa KB merupakan urusan wanita, dan 30% setuju bahwa yang seharusnya disterilisasi

adalah wanita. Hal ini mengindikasikan masih rendahnya partisipasi pria dalam ber-KB di Indonesia, serta kurangnya dukungan ataupun peran serta aktif pria dalam upaya pengembangan program keluarga berencana. Padahal sebagai pasangan dalam proses reproduksi, pria juga bertanggung jawab secara sosial, moral dan ekonomi dalam membangun keluarga, serta memiliki hak-hak kesehatan reproduksi yang sama dengan wanita (BAPPENAS dan CIDA, 2002 dan *Peningkatan Partisipasi Pria dalam ber-KB; Pegangan Bagi Kader*, 2011).

BKKBN sebagai badan yang bertanggung jawab terhadap program KB, dari empat metode kontrasepsi pria, yaitu vasektomi, kondom, pantang berkala, dan senggama terputus, hanya menganjurkan metode kontrasepsi modern untuk peserta KB pria, yaitu kondom dan vasektomi. Hal ini dikarenakan kegagalan metode kontrasepsi tradisional seperti pantang berkala dan senggama terputus cukup tinggi. Berdasarkan Laporan SDKI 2012, 28,9% pemakai metode pantang berkala dan 24,6% pemakai metode senggama terputus, berhenti menggunakan metode tersebut karena mengalami kegagalan kontrasepsi (BPS dan ICF International, 2013). Namun demikian, meskipun BKKBN sudah memfokuskan kontrasepsi pria pada kondom dan vasektomi, partisipasi pria dalam penggunaan kontrasepsi di Indonesia masih saja rendah (BPS dan ICF International, 2013).

Masyarakat pada umumnya berfikir bahwa wanita yang melahirkan, sehingga wanita yang bertanggungjawab terhadap penggunaan kontrasepsi. Padahal dengan demikian wanita mengalami penderitaan ganda. Pertama melahirkan anak, dan kemudian harus memikirkan cara mengontrol kelahiran. Dalam mengandung hingga melahirkan anak saja, tugas seorang ibu sudah cukup berat dan berisiko. SDKI 2012 mencatat bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu sebesar 359 per 100ribu kelahiran hidup (BPS dan ICF International, 2013). Selain itu, wanita harus dibebani dengan penggunaan kontrasepsi. Sebagaimana kita ketahui, alat/cara kontrasepsi wanita sebenarnya lebih sulit dibandingkan alat/cara kontrasepsi pria. Tidak sedikit dari wanita yang menggunakan kontrasepsi mengalami perubahan fisik akibat efek samping yang ditimbulkan penggunaan kontrasepsi. Data SDKI 2012 menunjukkan bahwa beberapa wanita melakukan pemberhentian pemakaian kontrasepsi karena mengalami efek samping ataupun masalah kesehatan, diantaranya 14,9% dari pengguna pil, 12,7% IUD, 21,6% suntikan, dan 22,1% dari pengguna susuk KB (BPS dan ICF International, 2013).

Adapun kondom wanita yang mungkin tidak begitu memberikan efek terhadap fisik/kesehatan, namun dari segi pemasangan lebih sulit dibandingkan kondom pria. Dari segi ekonomi pun harga kondom pria lebih terjangkau dan mudah didapat (*Cara Memakai Kondom Wanita yang Benar*, 2015).

Rendahnya partisipasi pria dalam ber-KB dapat disebabkan oleh kurangnya program KB yang melibatkan pria. Sejak ditemukannya kontrasepsi hormonal untuk wanita pada tahun 1960 berupa kontrasepsi oral, kemudian diikuti dengan munculnya *intraurine device* (IUD) dan sterilisasi (tubektomi), sasaran KB terfokus pada wanita dan pria pun terabaikan (Cyntia *et al* dan Drennan dalam Ndenzako, 2001). Di Indonesia pun demikian, program KB selama ini cenderung mengarahkan sasaran pada wanita. Terbukti dengan tingginya penggunaan kontrasepsi wanita seperti IUD (31,9%) dan suntikan (13,6%) di Indonesia pada tahun 2012 (BPS dan ICF International, 2013).

Sasaran program KB pemerintah yang tidak seimbang tentunya mempengaruhi pengetahuan dan persepsi pria terkait KB. Padahal pengetahuan dan persepsi merupakan salah satu faktor perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2005). Terbukti di Tanzania, pria dengan pengetahuan rendah berasosiasi dengan rendahnya partisipasi pria dalam menggunakan kontrasepsi (Ndenzako, 2001). Begitu pula di Zimbabwe, pria yang memiliki pengetahuan lebih terkait KB, memiliki kecenderungan untuk mempraktikkannya (Moyo *et al*, 2012). Tidak hanya pengetahuan, persepsi seseorang pun besar pengaruhnya terhadap perilaku. Partisipasi KB pria di Bantul pada pria yang memiliki persepsi baik terhadap KB yaitu 1,6 kali dibanding partisipasi pada pria yang berpersepsi buruk (Budisantoso, 2008). Hal ini sejalan dengan teori *Health Belief Model* yang mengatakan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh persepsinya terhadap perilaku tersebut. Persepsi positif akan mendorong seseorang untuk melaksanakan perilaku yang ingin dicapai, begitu juga sebaliknya.

Disamping pengetahuan dan persepsi, beberapa penelitian lain pun menemukan faktor-faktor lain yang mempengaruhi partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria. Penelitian kualitatif Fitria (2010) di Kecamatan Serengan, Surakarta mengatakan bahwa salah satu yang mempengaruhi partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria adalah faktor usia. Hal ini didukung oleh penelitian Ekarini (2008) yang menyebutkan bahwa rata-rata akseptor pria pengguna kontrasepsi vasektomi tidak kurang dari 30 tahun. Sedangkan penelitian Shahjahan, dkk (2013) menemukan bahwa terdapat

hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan, jumlah anak hidup, status pembayaran pekerjaan, dan akses media terhadap partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria. Pada penelitian Novianti dan Gustaman (2014) terhadap pria Kecamatan Karangnunggal menemukan bahwa penggunaan vasektomi lebih tinggi pada pria yang tidak ingin anak lagi dan memiliki status sosial ekonomi rendah. Selain itu, mereka juga menemukan bahwa persepsi dan dukungan istri pun berpengaruh terhadap partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria. Berbeda halnya dengan penelitian Kabagenyi, dkk pada pria Uganda yang menemukan bahwa partisipasi pria dalam penggunaan KB modern lebih tinggi pada kelompok dengan status sosial ekonomi menengah keatas. Selain itu, mereka pun mengatakan bahwa partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria berhubungan dengan diskusi terkait KB dengan tenaga kesehatan, wilayah, pendidikan, jumlah anak hidup, dan preferensi fertilitas (Kabagenyi *et al*, 2014^b).

Studi yang dilakukan Tuloro, Deressa, dan Davey (2006) mengatakan bahwa alasan utama pria tidak menggunakan kontrasepsi yaitu masih ingin memiliki anak, menentang program KB, dan ketakutan akan efek samping yang mungkin ditimbulkan. Studi lain yang dilakukan Tumlinson, dkk (2013) menemukan bahwa pria di Kenya yang berdiskusi dengan istrinya terkait masalah kesehatan reproduksi, memiliki kecenderungan tujuh kali lebih besar untuk berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi.

1.2 Rumusan Masalah

Pria sebagai pasangan dalam proses reproduksi semestinya juga turut berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi, baik kontrasepsi tradisional, seperti senggama terputus atau pantang berkala, ataupun kontrasepsi modern, seperti kondom atau vasektomi. Akan tetapi dalam melihat keefektifan kontrasepsi pria dalam mencegah kehamilan, BKKBN hanya menyarankan kondom dan vasektomi. Faktanya partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria di Indonesia masih rendah. Partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria hanya sebesar 2,7% (BPS dan ICF International, 2013), sedangkan RPJMN 2010-2014 menargetkan partisipasi KB pria minimal sebesar 5%. Bahkan sebagian besar pria berpendapat bahwa KB merupakan urusan wanita, sehingga wanita selain harus mengandung dan melahirkan, juga harus memikirkan alat/cara KB yang paling baik untuk

dirinya. Pengetahuan mengenai kontrasepsi pria pun masih kecil, sebagian besar hanya mengetahui kontrasepsi wanita. Berdasarkan laporan SDKI 2012, hanya 30,6% pria kawin yang mengetahui kontrasepsi sterilisasi pria, meskipun 87% pria mengetahui kondom. Sedangkan pria yang mengetahui kontrasepsi wanita (suntik, pil, IUD, dan susuk KB) mencapai 63% hingga 93%. Dari berbagai penelitian sebelumnya ditemukan faktor-faktor yang berbeda sebagai determinan partisipasi pria dalam penggunaan kontrasepsi modern, mulai dari faktor internal yaitu pengetahuan dan persepsi, demografi, preferensi fertilitas, peran istri, tenaga kesehatan, dan keterpaparan KB melalui media. Oleh karena itu, diperlukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Faktor-faktor apa saja yang menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan menjelaskan faktor yang menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari dan menjelaskan distribusi frekuensi partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia.
2. Mempelajari dan menjelaskan distribusi frekuensi pengetahuan dan persepsi terkait KB, demografi (umur, pendidikan, status sosial ekonomi), preferensi fertilitas (keinginan menambah jumlah anak dan jumlah anak hidup), diskusi KB dengan Istri, diskusi KB dengan petugas kesehatan serta keterpaparan KB melalui media pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia.
3. Mempelajari dan menjelaskan hubungan pengetahuan dan persepsi terkait KB, demografi (umur, pendidikan, status sosial demografi), preferensi

fertilitas (keinginan menambah jumlah anak dan jumlah anak hidup), diskusi KB dengan Istri, diskusi KB dengan petugas kesehatan serta keterpaparan KB melalui media dengan partisipasi penggunaan metode kontrasepsi pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia.

4. Mempelajari dan menjelaskan faktor dominan yang menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia.

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin. Dengan teridentifikasinya determinan tersebut, diharapkan dapat menjadi masukan dan menjadi bahan pertimbangan bagi pengelola program kependudukan, petugas kesehatan, dan pemberi layanan KB dalam mempromosikan program KB, termasuk penggunaan kontrasepsi khususnya pada pria dalam rangka menghasilkan keluarga yang bahagia sejahtera dan generasi yang berkualitas. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi peneliti lain yang tertarik dengan masalah kontrasepsi pria.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain potong lintang, menggunakan data SDKI 2012. Tujuannya adalah untuk mempelajari dan menjelaskan faktor yang menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia.

Populasi penelitian yaitu seluruh pria usia subur yang berstatus kawin di Indonesia, dengan sampel penelitian adalah pria kawin usia 15-54 tahun terpilih yang berhasil diwawancarai saat pengumpulan data SDKI 2012. Analisis dilakukan dengan regresi logistik, model prediksi. Variabel independennya antara lain pengetahuan, persepsi, umur, pendidikan, status sosial ekonomi, keinginan menambah jumlah anak, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan istri, diskusi KB dengan petugas kesehatan dan keterpaparan KB melalui media massa.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan suatu program yang membantu individu atau pasangan suami istri (pasutri) untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga guna mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (WHO, 1970 dan UU No. 10/1992).

Promosi KB dan jaminan akses berbagai metode kontrasepsi bagi wanita ataupun pasutri pada dasarnya untuk menjamin kesejahteraan dan kebebasan wanita dalam meningkatkan kesehatan diri dan masyarakat. Beberapa manfaat yang didapatkan dengan mengikuti program Keluarga Berencana antara lain: (WHO, 2013)

1. Mencegah kehamilan berisiko tinggi bagi wanita
2. Menurunkan angka kematian bayi
3. Mencegah HIV/AIDS
4. Memberdayakan masyarakat dan meningkatkan pendidikan
5. Mencegah kehamilan pada ibu remaja
6. Mengendalikan laju pertumbuhan penduduk

Program Keluarga Berencana di Indonesia merupakan salah satu agenda prioritas dalam upaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Berdasarkan Buku I RPJMN 2015-2019, beberapa sasaran yang harus dicapai dalam Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Sasaran Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana

Indikator	Satuan	Status Awal	Target
1. Angka kelahiran total (<i>Total Fertility Rate</i>)	Per perempuan usia produktif 15-49 tahun	2.6	2.3
2. Kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (<i>unmeet need</i>)	%	11.4	9.9

degan perhitungan baru)

3. Angka prevalensi kontrasepsi (<i>contraceptive prevalence rate/</i> CPR) semu cara (<i>all methods</i>)	% perempuan usia 15- 49 tahun	61.9	66.0
4. Penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MJKP)	%	18.3	23.5
5. Tingkat putus pakai kontrasepsi	%	27.1	24.6

Untuk mencapai sasaran tersebut, pembangunan kependudukan dan keluarga berencana diarahkan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KB yang merata di setiap wilayah dan kelompok masyarakat, melalui beberapa strategi antara lain: (1) penguatan kebijakan pelayanan KB, (2) penyediaan sarana dan prasarana di setiap fasilitas kesehatan KB dan kesehatan reproduksi, (3) peningkatan pelayanan KB, (4) peningkatan jumlah dan kapasitas tenaga lapangan dan pelayanan KB, serta penguatan lembaga di tingkat masyarakat, (5) advokasi pada para pembuat kebijakan dan promosi KB pada masyarakat, (6) peningkatan pengetahuan dan pemahaman kesehatan reproduksi bagi remaja, (7) pembinaan ketahanan dan pemberdayaan keluarga, dan (8) penguatan landasan hukum, kelembagaan, serta data dan informasi kependudukan dan KB (RPJMN 2015-2019).

2.2 Partisipasi Pria dalam ber-KB

2.2.1 Bentuk Partisipasi Pria dalam ber-KB

Partisipasi pria/suami adalah tanggung jawab pria dalam keterlibatan dan kesertaan ber-KB, serta perilaku seksual yang sehat dan aman bagi dirinya, pasangannya, dan keluarganya. Partisipasi ini adalah bentuk nyata dari kepedulian dan keikutsertaan pria/suami dalam pelaksanaan program KB dan kesehatan reproduksi. Bentuk partisipasi pria/suami baik dalam program KB ataupun dalam kesehatan reproduksi antara lain sebagai berikut (*Peningkatan Partisipasi Pria dalam ber-KB; Pegangan Bagi Kader, 2011*).

1) Partisipasi Langsung

Partisipasi pria dalam program KB dapat bersifat langsung dan tidak langsung. Partisipasi langsung yaitu dengan menggunakan salah satu metode pencegahan kelahiran, seperti metode senggama terputus, pantang berkala/kalender, kontrasepsi kondom, vasektomi, dan kontrasepsi lainnya yang sedang dikembangkan.

2) Mendukung Istri dalam penggunaan kontrasepsi

Merupakan bentuk partisipasi tidak langsung, pria/suami berperan dalam menganjurkan, mendukung dan memberikan kebebasan wanita pasangannya (istri) untuk menggunakan kontrasepsi atau cara/metode KB diawali sejak pria tersebut melakukan akad nikah dengan pasangannya dalam merencanakan jumlah anak yang akan dimiliki sampai akhir masa reproduksi (*menopause*). Dukungan ini antara lain:

- a) Memilih kontrasepsi yang cocok yaitu kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi istrinya.
- b) Membantu pasangannya dalam menggunakan kontrasepsi secara benar, seperti mengingatkan minum pil KB, mengingatkan istri untuk kontrol.
- c) Membantu mencari pertolongan pertama bila terjadi efek samping maupun komplikasi.
- d) Mengantarkan ke fasilitas pelayanan untuk kontrol atau rujukan.
- e) Mencari alternatif lain bila kontrasepsi yang digunakan saat ini terbukti tidak memuaskan.
- f) Menggantikan pemakaian kontrasepsi bila keadaan kesehatan istrinya tidak memungkinkan.

3) Pemberi pelayanan KB

Partisipasi pria/suami dalam program KB disamping mendukung istrinya menggunakan kontrasepsi dan sebagai peserta KB, diharapkan juga memberi pelayanan KB kepada masyarakat, baik sebagai motivator maupun sebagai mitra

4) Merencanakan jumlah anak bersama pasangan

Merencanakan jumlah anak dalam keluarga perlu dibicarakan terlebih dahulu bersama pasangan, yaitu dengan mempertimbangkan aspek kemampuan untuk memberikan pendidikan dan kehidupan yang layak, sesuai dengan kondisi keluarga.

5) Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak

Difokuskan pada saat isteri hamil, melahirkan dan sesudah melahirkan dengan mempertimbangkan kesehatan isteri dan kemampuan ekonomi untuk hidup layak, untuk itu suami harus mengetahui tentang 3 T (3 Terlambat), 4 T (4 Terlalu) dan 5 T (5 Timbang, atau ukur).

2.2.2 Metode Kontrasepsi Pria

Metode kontrasepsi pria tidak terbatas pada kontrasepsi non-hormonal. Kontrasepsi hormonal pria pun ada, walaupun masih dalam tahap penelitian dan pengembangan (*International Male Contraception Coalition*, 2011).

Gianotten (2000) menjelaskan bahwa terdapat enam jenis kontrasepsi pria, diantaranya senggama terputus (*coitus interruptus*), pantang berkala (kalender), vasektomi, kondom, kontrasepsi hormonal, dan kontrasepsi non-hormonal (non-barrier).

1. Senggama terputus (*coitus interruptus*)

Metode senggama terputus dilakukan pria dengan menarik penis menjauh dari vagina pasangannya/istri dan berejakulasi di luar vagina, sehingga air mani yang dikeluarkan tidak mengenai alat kelamin eksternal wanita. Akan tetapi, metode ini merupakan salah satu metode yang paling tidak efektif, karena sangat sulit menentukan waktu yang tepat untuk memutus senggama. Biasanya keberhasilan metode senggama terputus yaitu sebesar 73%, tetapi jika dilakukan dengan benar dan konsisten, metode ini memiliki efektivitas hingga 96% (WHO, 2013).

2. Pantang berkala (kalender)

Metode ini disebut juga sistem kalender, yaitu dengan memperhatikan masa subur wanita yang dihitung berdasarkan siklus haidnya. Masa paling subur wanita adalah di tengah antara dua haid. Jadi untuk mencegah kehamilan, hubungan seks sebaiknya tidak dilakukan di masa-masa subur (± 3 hari sebelum dan sesudah pertengahan antara dua haid). Selain dengan memperhatikan siklus haid, masa subur wanita juga terlihat dengan meningkatnya cairan vagina dan suhu tubuh wanita. Selain untuk kontrasepsi, mengetahui masa subur wanita juga dapat digunakan untuk merencanakan kehamilan (Ekarini, 2008 dan WHO, 2013). Oleh karena itu, untuk penggunaan metode pantang berkala yang efektif diperlukan komunikasi diantara pasangan (Helzner, 1996). Akan tetapi, metode ini tidak cocok untuk wanita dengan masa haid tidak teratur, karena pasangan dapat saja salah memprediksi masa subur, dan mengakibatkan kehamilan yang tidak diinginkan (HHS, 2014^a)

3. Kondom

Kondom merupakan salah satu metode kontrasepsi berupa selubung untuk membungkus penis yang sedang mengalami ereksi. Dengan adanya kondom, pertemuan sel sperma dengan sel telur dapat dicegah. Efektivitas penggunaan kondom dengan cara pemakaian yang benar dan konsisten bisa mencapai 98%, sedangkan keberhasilan dengan pemakaian yang biasa saja yaitu sebesar 85% (WHO, 2013). Akan tetapi, promosi penggunaan kondom sering disalah artikan sebagai promosi hubungan seksual, sehingga masih banyak yang berpandangan negatif terhadap kondom (Helzner, 1996).

Beberapa keuntungan kontrasepsi kondom yaitu siapa pun dapat membelinya, aman, dan mudah digunakan. Selain itu juga bisa digunakan untuk seks vaginal, anal, ataupun oral. Dengan menggunakan kondom juga dapat melindungi diri dari penularan penyakit menular seksual, termasuk HIV. Selain memiliki keuntungan, sebagian pasangan seks tidak menggunakan kondom karena beberapa kekurangan, misalnya harus menggunakan kondom baru setiap kali berhubungan seks, karena kondom

hanya dapat dipakai sekali. Kemudian bahannya yang terbuat dari lateks menyebabkan sebagian orang mengalami iritasi atau alergi (HHS, 2014^b).

4. Vasektomi / Metode Operasi Pria (MOP)

Merupakan kontrasepsi yang dilakukan dengan memotong, mengikat, ataupun menyumbat saluran vas deferens yang membawa sperma dari testis, dan tidak mempengaruhi kinerja seksual pria (WHO, 2013 dan Budisantoso, 2008). Dengan demikian sel sperma tidak terbawa oleh cairan semen saat terjadi ejakulasi. Efektivitas vasektomi cukup tinggi, yaitu diatas 97% (WHO, 2013). Vasektomi ini cukup aman dan cukup dilakukan sekali untuk seumur hidup, sehingga tidak perlu khawatir lagi dalam mengontrol kelahiran. Prosedur vasektomi sederhana, sehingga penyembuhan pasca operasi pun tidak membutuhkan waktu yang lama dibanding sterilisasi wanita dan jika dibandingkan dengan metode kontrasepsi lain, vasektomi merupakan metode dengan biaya yang paling efektif (HHS, 2014^c). Akan tetapi, pada tiga bulan pertama vasektomi disarankan untuk menggunakan kondom, karena masih terdapat sperma yang tersimpan pada saluran bagian ke arah luar, sehingga berkemungkinan keluar bersama cairan semen (WHO, 2013).

Beberapa kekurangan kontrasepsi ini antara lain tidak dapat melindungi dari penularan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS, menggunakan kontrasepsi ini juga harus ke pelayanan kesehatan, berisiko mengalami pembengkakan dan memar beberapa waktu setelah prosedur, ada beberapa kasus saluran sperma tumbuh dan menyatu kembali, sehingga memungkinkan terjadinya kehamilan kembali, serta karena bersifat permanen, beberapa pasangan menyesal menggunakannya ketika berubah pikiran untuk menginginkan anak lagi (HHS, 2014^c).

5. Kontrasepsi Hormonal

Berbeda dengan kontrasepsi hormonal pada wanita yang berfungsi untuk mencegah perkembangan sel telur, pada pria kontrasepsi hormonal berfungsi mencegah perkembangan sel sperma (Wu FCW., 1996 dalam Gianotten, 2000).

6. Kontrasepsi Non-hormonal (Non-barrier)

Zat antispermato-genik yang paling dikenal adalah gosipol, yaitu komponen dari minyak biji kapas. Namun karena bersifat irreversibilitas dan memiliki toksisitas yang tinggi, zat ini telah ditarik dari berbagai penelitian (meskipun masih digunakan di China). Zat lain yang digunakan sebagai kontrasepsi non hormonal masih terus diteliti dan dikembangkan, salah satunya yaitu melalui hipertermia testis lokal. Ini diharapkan dapat dijadikan salah satu metode sterilisasi reversibel (Gianotten, 2000).

Di Indonesia, metode kontrasepsi pria masih terbatas. Beberapa metode kontrasepsi pria yang paling dikenal saat ini yaitu dengan penggunaan kondom dan vasektomi (Metode Operasi Pria, disingkat MOP), serta KB alamiah yang melibatkan peran pria/suami, yaitu senggama terputus (*coitus interruptus*) dan pantang berkala (kalender) (*Peningkatan Partisipasi Pria dalam ber-KB; Pegangan Bagi Kader*, 2011). Akan tetapi karena tingginya kegagalan pada kontrasepsi alami, BKKBN sebagai badan yang mengelola program KB tidak menganjurkan penggunaan kontrasepsi tersebut.

2.3 Teori Perilaku

Teori Skinner sebagaimana yang dikutip Notoatmodjo (2005), perilaku merupakan respon seseorang terhadap stimulus dari luar. Partisipasi pria dalam ber-KB pun merupakan salah satu bentuk perilaku kesehatan yang juga dipengaruhi oleh beberapa faktor eksternal. Terdapat beberapa teori perilaku yang menjadi acuan dalam penelitian kesehatan, diantaranya:

1. Teori Green

Perilaku merupakan salah satu penyebab masalah kesehatan. Green menganalisis terdapat tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku seseorang.

- a. *Predisposing factors*, yaitu karakteristik individu ataupun populasi yang memotivasi terjadinya perilaku. Misalnya pengetahuan, keyakinan, nilai-nilai, sikap, ataupun tradisi.

- b. *Enabling factors*, yaitu karakteristik dari lingkungan yang memfasilitasi terjadinya perilaku serta segala sumber daya yang diperlukan untuk mencapai perilaku yang diharapkan. Misalnya akses, ketersediaan, keterampilan, ataupun hukum.
- c. *Reinforcing factors*, yaitu faktor yang mendorong terjadinya perilaku, berupa motivasi, diskusi, ataupun komunikasi yang mungkin diberikan keluarga, teman sejawat, ataupun tenaga kesehatan.

2. *Health Belief Model Theory* (HBM)

Teori ini diperkenalkan oleh Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Howard Leventhal, dan Irwin Rosenstock pada tahun 1950. HBM merupakan model psikologis yang menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan berdasarkan persepsi, sikap atau keyakinan individu tersebut. Adapun empat komponen utama yang mempengaruhi perilaku pada model ini adalah sebagai berikut.

- a. *Perceived severity*, yaitu persepsi individu terhadap tingkat keseriusan penyakit. Misalnya bagaimana persepsi pria jika tidak ber-KB, mungkin akan bertambahnya jumlah anak, atau istrinya berisiko tinggi jika mengalami kehamilan.
- b. *Perceived susceptibility*, yaitu persepsi individu terhadap kerentanan dirinya untuk penyakit tersebut. Seorang pria dapat berfikir bahwa dirinya tidak harus menggunakan KB karena memang tidak membutuhkan. Ada pertimbangan lain lain yang mungkin, misal dirinya mengalami kemandulan, atau usia istrinya sudah terlalu tua sehingga tidak perlu menggunakan KB.
- c. *Perceived benefits*, yaitu persepsi individu terhadap keuntungan yang didapat dari perilaku yang diharapkan. Ini merupakan persepsi positif pria mengenai keuntungan apa yang ia peroleh jika ikut berpartisipasi dalam ber-KB.
- d. *Perceived barriers*, yaitu persepsi individu terhadap hambatan yang akan dialami dalam melakukan perilaku yang diharapkan. Persepsi ini menjadi pertimbangan negatif untuk membentuk perilaku. Misalnya ada persepsi bahwa pria yang disterilisasi akan mengalami penurunan kemampuan seksualnya, hal ini tentu akan menghambat partisipasi pria dalam ber-KB.

Dalam menyimpulkan persepsinya, seseorang juga memperhatikan pendapat orang lain dan lingkungan sekitar. Dengan mempertimbangkan hal-hal tersebut, seseorang akhirnya memutuskan untuk melakukan perilaku yang diharapkan.

2.4 Faktor - faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Penggunaan Metode Kontrasepsi pada Pria

2.4.1 Pengetahuan

Sebagaimana telah dibahas sebelumnya pada Teori Green, pengetahuan merupakan salah satu penentu penting dalam membentuk perilaku seseorang. Begitu pula partisipasi pria dalam menggunakan salah satu metode kontrasepsi. Sebelum menerapkannya, tentu pria tersebut perlu mengetahui jenis metode yang akan digunakan, cara menggunakan metode tersebut, ataupun sumber mendapatkan alat kontrasepsi berikut. Dengan adanya pengetahuan yang dimiliki, seorang pria memiliki motivasi lebih untuk turut berpartisipasi dalam menggunakan metode kontrasepsi. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa pengetahuan pria terkait KB mempengaruhi kesertaan pria dalam menggunakan metode kontrasepsi. Di Tanzania dan Zimbabwe, pria dengan pengetahuan rendah berasosiasi dengan rendahnya partisipasi pria dalam menggunakan kontrasepsi, begitu pula sebaliknya (Ndenzako, 2001 dan Moyo *et al*, 2012). Hasil tersebut juga didukung oleh penelitian di Iran yang menunjukkan tingkat pengetahuan pria berbanding lurus dengan partisipasinya dalam ber-KB (Bani *et al*, 2014). Namun, di Ethiopia menunjukkan hal sebaliknya, meskipun pengetahuan KB pria tinggi, tapi tingkat partisipasi KB pria masih sangat rendah karena diketahui rata-rata pria yang diteliti masih ingin menambah jumlah anaknya (Tuloro *et al* 2006 dan Bayray, 2012)

Di Indonesia pun sudah banyak yang meneliti partisipasi KB pria di beberapa daerah, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan memiliki pengaruh cukup besar dibanding faktor lain. Kelompok pria yang berpengetahuan baik memiliki kecenderungan untuk berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi 18,7 kali dibanding kelompok pria yang berpengetahuan kurang (Ekarini, 2008). Penelitian di Kecamatan Tejakula Kecamatan Buleleng pun demikian, pria yang memiliki

pengetahuan baik, partisipasinya dalam melakukan vasektomi 9 kali lebih tinggi dibanding pria dengan pengetahuan buruk (Wahyuni *et al*, 2013).

2.4.2 Persepsi

Selain pengetahuan, persepsi merupakan salah satu faktor penting pembentuk perilaku. *Health Belief Model* memformulasikan bahwa persepsi yang positif akan menciptakan perilaku sesuai dengan yang diharapkan. Pria yang memiliki persepsi positif terhadap KB pun juga demikian, diharapkan memiliki partisipasi lebih dibanding pria yang memiliki persepsi negatif terkait KB. Persepsi mengenai KB diantaranya masalah kenyamanan, efek samping yang mungkin timbul, kepercayaan diri, ataupun rasa tanggung jawab.

Berdasarkan hasil studi pada pria-pria di Uganda, terdapat lima persepsi yang menghambat partisipasi pria dalam menggunakan metode kontrasepsi, diantaranya sebagai berikut (Kabagenyi *et al*, 2014^a).

1. Akan ada efek samping yang mengganggu kenyamanan hubungan seksual.
2. Kontrasepsi pria terbatas, termasuk ketakutan akan vasektomi.
3. Kesehatan reproduksi merupakan urusan wanita.
4. Keinginan memiliki keluarga besar tanpa menjarangkan kehamilan.
5. Khawatir penggunaan kontrasepsi akan memancing perselingkuhan.

Penelitian lain pada pria di Kayseri (Turki) menunjukkan bahwa diantara pria yang tidak menggunakan kondom, 70,1% nya disebabkan karena merasa kurang nyaman saat berhubungan seksual jika menggunakan kondom (Mistik *et al*, 2002). Lain halnya dengan pria di Filipina, mereka mendukung istrinya untuk menggunakan kontrasepsi, tetapi tidak ikut berpartisipasi dalam penggunaannya. Menurut pria, masalah kesehatan reproduksi termasuk kontrasepsi adalah urusan wanita, sedangkan pria memiliki bagian dalam mencari nafkah keluarga. Selain itu, pria tidak menggunakan kontrasepsi karena merasa kejantanannya akan dipertanyakan (Lee, 1999). Hal yang sama juga terjadi di Bantul, Indonesia, studi yang dilakukan Budisantoso (2008) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi pria terhadap KB dengan partisipasinya dalam menggunakan salah satu metode kontrasepsi.

2.4.3 Umur

Umur merupakan salah satu faktor seseorang menjadi akseptor KB. Sebab umur seorang pria berhubungan dengan keinginan memiliki anak. Berdasarkan penelitian Fitria (2010) di Kecamatan Serengan, Surakarta, 1 dari 3 laki yang berpartisipasi menggunakan salah satu metode kontrasepsi adalah karena faktor usia. Rata-rata partisipasi meningkat di usia tua, beberapa karena kasihan dengan istri yang harus mengasuh anak lagi, dan juga karena faktor ekonomi. Ekarini (2008) menyebutkan rata-rata akseptor KB pria tidak kurang dari 30 tahun. Pada umur tersebut kemungkinan seorang pria sudah memiliki jumlah anak yang cukup. Sedangkan penelitian Ahmad menemukan bahwa sebagian besar pengguna kontrasepsi pria berusia lebih dari 37 tahun (Ahmad, 2009). Sedangkan berdasarkan Buku Saku *Peningkatan Partisipasi Pria dalam ber-KB; Pegangan Bagi Kader* (2011) mengatakan bahwa pengguna vasektomi pria tidak boleh kurang dari 35 tahun.

2.4.4 Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang menerima ide atau teknologi baru. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menerima gagasan KB (Desmalita *et al*, 2009). Hal ini didukung oleh Purwoko (2000) dalam Ekarini (2008) yang mengemukakan pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap terhadap metode kontrasepsi. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional daripada mereka yang berpendidikan rendah, lebih kreatif dan lebih terbuka terhadap usaha-usaha pembaharuan. Selain itu, semakin tinggi pendidikan pasangan, makin besar pasangan suami istri memandang anaknya sebagai alasan penting untuk melakukan KB, sehingga semakin meningkatnya pendidikan semakin tinggi proporsi yang mengetahui dan menggunakan kontrasepsi untuk membatasi jumlah anaknya.

2.4.5 Status Sosial Ekonomi

Berdasarkan penelitian Novianti dan Gustaman (2014), pria yang memiliki status ekonomi rendah berpartisipasi lebih tinggi dalam penggunaan kontrasepsi. Hal ini diperkirakan pada status ekonomi rendah perlu pembatasan pengeluaran,

termasuk membatasi jumlah anak, demi tercapainya keluarga yang sejahtera. Hal ini sejalan dengan penelitian Shahjahan, dkk (2013) yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara jumlah pendapatan dengan partisipasi pria dalam penggunaan kontrasepsi. Dari data yang didapatkan Shahjahan tersebut, pria dengan pendapatan menengah ke bawah memiliki partisipasi 2,3 kali lebih tinggi dibanding pria dengan pendapatan tinggi.

2.4.6 Keinginan Menambah Jumlah Anak

Orang tua memiliki persepsi masing-masing mengenai jumlah anak yang ideal. Ketika jumlah anak yang dimiliki sudah mencukupi batas ideal, keinginan untuk menggunakan kontrasepsi tentunya lebih tinggi. Studi yang dilakukan Tuloro, Deressa, dan Davey (2006) menunjukkan partisipasi pria dalam penggunaan metode kontrasepsi pada yang tidak ingin menambah anak yaitu kira-kira dua kali dibanding pada pria yang masih ingin menambah anaknya. Sama halnya dengan yang ditemukan Kulczycki (2004) pada pria Turki, bahwa pria yang melakukan senggama terputus lebih tinggi pada yang tidak menginginkan anak lagi, dibanding pada pria yang masih ingin menambah jumlah anak.

2.4.7 Jumlah Anak Hidup

Wiknjosastro (1999) dalam Ekarini (2008) menjelaskan bahwa paritas yang paling aman dari sudut kematian maternal yaitu 2-3 anak. Penelitian Shahjahan, dkk (2013) menunjukkan partisipasi pria untuk menggunakan pelayanan kesehatan reproduksi pada yang telah memiliki dua anak atau lebih, lebih tinggi dibandingkan pria yang hanya memiliki 1 anak ataupun yang tidak memiliki anak sama sekali. Selain mempengaruhi partisipasi pria, jumlah anak juga berhubungan dengan jenis kontrasepsi yang tepat untuk digunakan.

2.4.8 Diskusi KB dengan Istri

Pria yang berdiskusi dan berkomunikasi baik dengan istri, akan lebih mengetahui kebutuhan bersama dan memiliki tujuan yang sama, sehingga penerimaan pria terhadap KB pun akan meningkat. Stephenson dalam Kabagenyi, dkk (2014^b) mengatakan bahwa penggunaan KB lebih tinggi pada pasangan yang saling berkomunikasi dengan pasangannya terkait KB. Sama halnya pada pria di Kenya yang berdiskusi dengan istrinya terkait masalah kesehatan reproduksi,

memiliki kecenderungan tujuh kali lebih besar untuk menggunakan metode kontrasepsi dibanding pria yang tidak berdiskusi dengan istrinya (Tumlinson *et al*, 2013). Selain itu, dalam penggunaan metode kontrasepsi, misalnya pantang berkala, komunikasi antar pasangan juga diperlukan untuk mengetahui masa-masa subur/tidak subur, agar kontrasepsi dapat lebih efektif.

2.4.9 Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan

Pengetahuan akan meningkat jika informasi yang diperoleh dari sumber yang tepat. Persepsi-persepsi yang salah pun dapat diluruskan jika menerima informasi yang benar. Petugas kesehatan sebagai pemberi layanan KB merupakan salah satu sumber informasi yang tepat untuk berkonsultasi bagi pasangan suami istri terkait kesehatan reproduksi, termasuk KB. Konsultasi dengan petugas kesehatan, juga dapat dilakukan untuk memilih metode kontrasepsi yang tepat, sehingga dapat meningkatkan kepuasan dan memperkecil angka kegagalan kontrasepsi (Frost dan Nalwadda dalam Kabagenyi *et al*, 2014^b). Dari hasil penelitian di Uganda, diskusi KB dengan tenaga kesehatan berhubungan erat dengan partisipasi pria dalam menggunakan kontrasepsi. Hal ini dikarenakan diskusi KB dengan petugas kesehatan meningkatkan pengetahuan pria terkait kontrasepsi, dan menjadi pendorong untuk berkontribusi dalam penggunaan kontrasepsi itu sendiri (Kabagenyi *et al*, 2014^b).

2.4.10 Keterpaparan Media

Promosi kesehatan tidak lepas dari media, termasuk promosi KB terhadap pria. Media diharapkan dapat memberikan pesan atau informasi kepada sasaran sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya dan merubah perilaku ke arah yang lebih baik (Notoatmodjo, 2005). Sumber utama informasi KB bagi pria di Turki yaitu melalui media massa, seperti TV, radio, ataupun majalah (Mistik *et al*, 2002). Dengan adanya akses terhadap media massa tersebut dan mendapatkan informasi lebih mengenai KB, diharapkan pria dapat meningkatkan pengetahuannya mengenai KB dan memiliki persepsi yang positif mengenai KB, sehingga meningkatkan partisipasi penggunaan metode kontrasepsi pada pria.

2.4.11 Penelitian terkait Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Beberapa penelitian terkait Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana diantaranya sbagai berikut.

Tabel 2.2 Penelitian terkait Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

No	Judul	Penulis	Variabel yang diteliti	Ringkasan Hasil
1	<i>Status of Men Involvement in Family Planning: an Application of Trans-Theoretical Model, Northwestern Ethiopia.</i>	Alemu, Mulat N., Worku, Abebaw G., dan Beyera, Getahun K., (2014)	Tempat tinggal, umur, pendidikan, pekerjaan, usia istri, pendidikan istri, kepemilikan radio dan/atau TV, jumlah anak.	Usia muda, pendidikan tinggi, kepemilikan radio dan/atau TV berhubungan signifikan dengan partisipasi KB pada pria.
2	Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di Kecamatan Selo Kabupaten Boyolali.	Ekarini, Sri Madya Bhakti. 2008.	Pengetahuan, sikap, sosial budaya, akses dan kualitas pelayanan KB	Ada pengaruh pengetahuan, sikap, akses, dan kualitas pelayanan KB terhadap partisipasi pria dalam KB
3	<i>Faktor Persepsi dan Dukungan Isteri yang Berhubungan dengan Partisipasi KB Pria.</i>	Novianti, Siti, dan Rian Arie Gustaman. 2014.	Persepsi dan Hubungan Istri	Ada hubungan yang signifikan antara persepsi dan dukungan istri dengan partisipasi KB pria
4	<i>Partner Communication, Discordant Fertility Goals, and Contraceptive Use in Urban Kenya.</i>	Tumlinson, K., Speizer, Ilene S., Davis, Joshua T., Fotso Jean C., Kuria, P., Archer, Linda H. (2013)	Diskusi KB dengan pasangan, dan kesamaan jumlah anak	Diskusi KB dengan pasangan dan jumlah anak yang diinginkan istri lebih sedikit berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pria

<p>5 <i>Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study.</i></p>	<p>Shahjahan, Md., Mumu, S.J., Afroz, A., Chowdhury, H.A., Kabir, R. dan Ahmed, Kapil. (2013)</p>	<p>Umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, akses media, jumlah anak hidup, istri bekerja diluar, persetujuan KB</p>	<p>Pendidikan menengah dan tinggi, jumlah anak hidup, status bayar pekerjaan, akses media berhubungan dengan partisipasi pria dalam pelayanan kesehatan reproduksi</p>
<p>6 <i>Modern contraceptive use among sexually active men in Uganda: does discussion with a health worker matter?</i></p>	<p>Kabagenyi, A., Ndugga, P., Wandera, S. O., Kwagala, B.. (2014).</p>	<p>Diskusi KB dengan nakes, umur, tempat tinggal, wilayah, status menikah, tingkat pendidikan, indeks kekayaan, jumlah anak hidup, dan keinginan menambah anak</p>	<p>Diskusi KB dengan nakes, pendidikan menengah dan tinggi, indeks kekayaan: miskin dan termiskin, jumlah anak hidup 1-4 berhubungan dengan tingginya penggunaan kontrasepsi modern</p>
<p>7 Faktor Struktural Keikutsertaan Pria Dalam Ber-Keluarga Berencana (Kb) Di Indonesia</p>	<p>Musafaah dan Frieda Ani Noor</p>	<p>Pengetahuan dan Sikap</p>	<p>Pengetahuan dan sikap berhubungan dengan keikutsertaan pria ber-KB</p>
<p>8 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di Kecamatan Jetis Kabupaten Bantul.</p>	<p>Saptono Iman Budisantoso. 2008.</p>	<p>Pendidikan, pengetahuan, sosial budaya, sikap, persepsi, akses pelayanan, sikap istri, praktik istri, psikap teman, praktik teman</p>	<p>Pengetahuan, Sikap, persepsi, sikap istri, praktik istri, sikap teman berhubungan dengan partisipasi pria dalam ber-KB</p>

2.5 Regresi Logistik

Analisis regresi logistik adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen katagorik yang bersifat dikotom/binary (Hastono, 2006).

Secara matematis, fungsi regresi logistik dapat ditulis sebagai berikut.

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$$

$f(Z)$ merupakan probabilitas kejadian suatu outcome berdasarkan faktor risiko tertentu. Misalnya probabilitas kejadian jantung pada umur tertentu. Nilai Z merupakan nilai indeks variabel independen, yang bervariasi antara $-\infty$ sampai $+\infty$ (Besral, 2012).

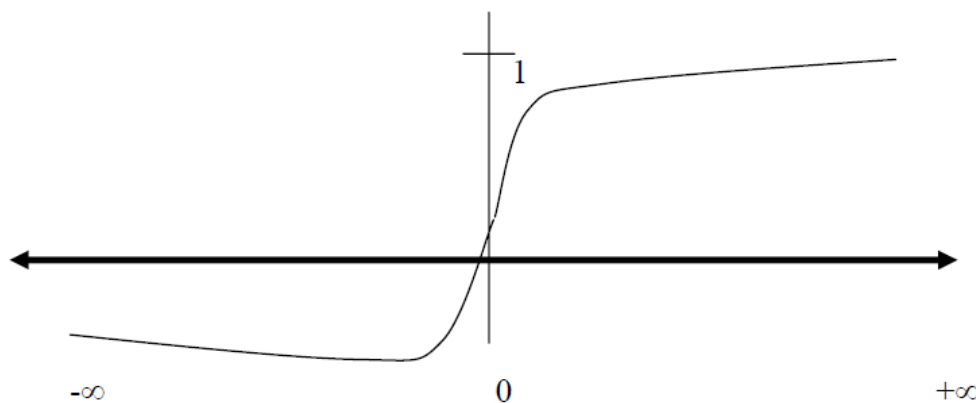
Bila nilai Z mendekati $-\infty$ maka :

$$f(-\infty) = \frac{1}{1 + e^{-(-\infty)}} = 0$$

Bila nilai Z mendekati $+\infty$ maka :

$$f(+\infty) = \frac{1}{1 + e^{-(+\infty)}} = 1$$

Kedua fungsi regresi logistik dapat digambarkan dalam grafik berikut:



Gambar 2.1 Nilai Fungsi Probabilitas $f(Z)$ pada Regresi Logistik

Pada gambar diatas terlihat bahwa fungsi $f(Z)$ berkisar antara 0 dan 1 untuk berapapun nilai Z nya. Kisaran pada regresi logistik ini cocok digunakan untuk variabel dependen kategorik dikotom. Grafik membentuk huruf S yang mencerminkan pengaruh nilai Z pada risiko individu. Risiko minimal pada nilai Z

rendah, kemudian risiko meningkat seiring meningkatnya nilai Z , dan pada ketinggian tertentu garisnya akan mendatar mendekati nilai 1.

Model regresi logistik dikembangkan dari fungsi regresi logistik dengan nilai Z yang merupakan penjumlahan linear konstanta (α) ditambah dengan $\beta_1 X_1$ ditambah $\beta_2 X_2$ dan seterusnya sampai $\beta_i X_i$. Variabel X adalah variabel independen.

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

Bila nilai Z dimasukkan ke dalam fungsi Z , maka rumus fungsi Z adalah sebagai berikut.

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)}}$$

$f(Z)$ = menggambarkan peluang individu untuk mengalami kejadian ($Y=1$)

Model regresi logistik dapat digunakan pada data yang dikumpulkan melalui rancangan kohort, eksperimen, kasus kontrol, dan potong lintang. Pada rancangan kohort dan eksperimen, selain dapat menghitung RR (*Risk Ratio*), dapat pula digunakan untuk memperkirakan peluang individu mengalami outcome. Sedangkan pada rancangan kasus kontrol dan potong lintang hanya dapat menghitung OR (*Odds Ratio*) dan tidak dapat digunakan untuk memperkirakan peluang individu mengalami outcome. Pada desain penelitian potong lintang, nilai OR (*Odds Ratio*) yang dihitung merupakan estimasi RR pada kejadian yang jarang. Nilai OR dapat dihitung dari eksponensial β dari persamaan regresi logistik.

Persamaan regresi logistik yaitu:

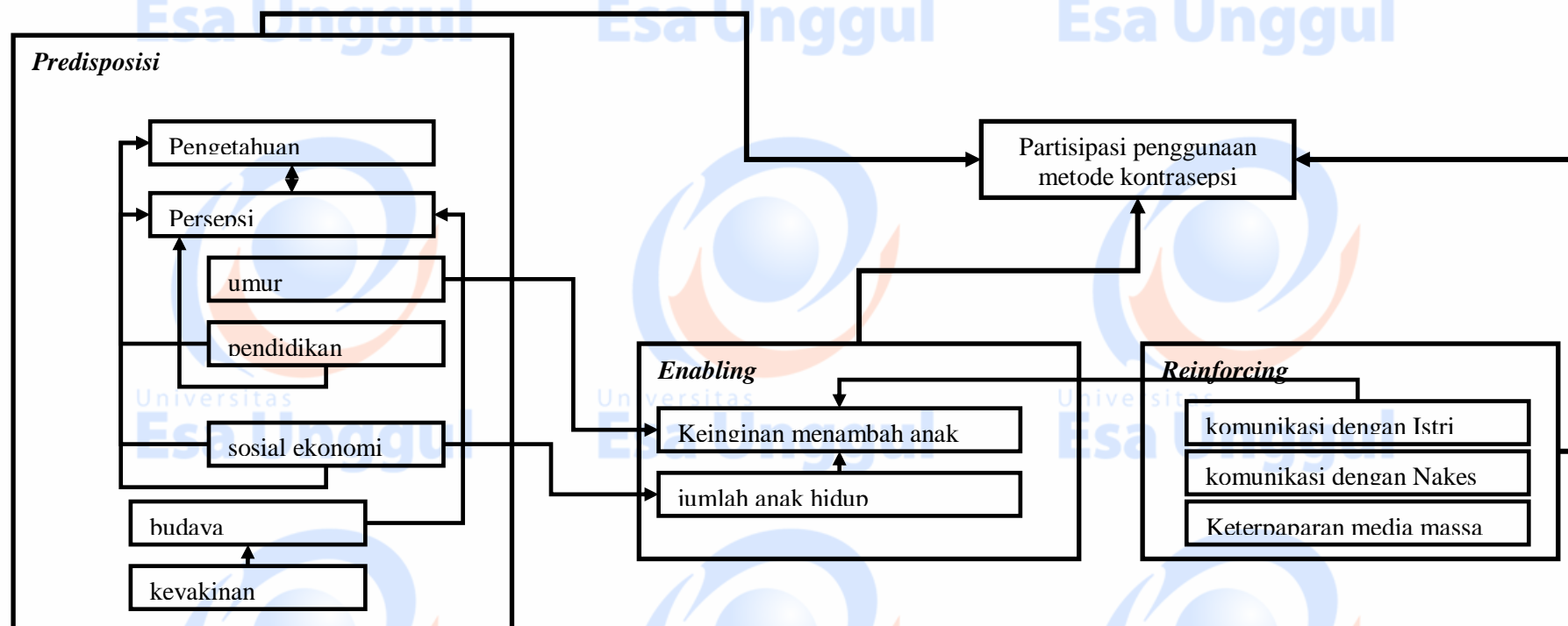
$$\text{Logit}(Y = 1) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

Dengan demikian, nilai OR kejadian Y untuk X_i adalah:

$$\text{Odds Ratio (OR)} = \exp(\beta_i)$$

2.6 Kerangka Teori

Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dibahas pada sub-bab sebelumnya, mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi pria dalam penggunaan metode kontrasepsi, maka Teori Green dan *Health Belief Model* dapat dimodifikasi menjadi kerangka teori berikut.



Gambar 2.2 Kerangka Teori

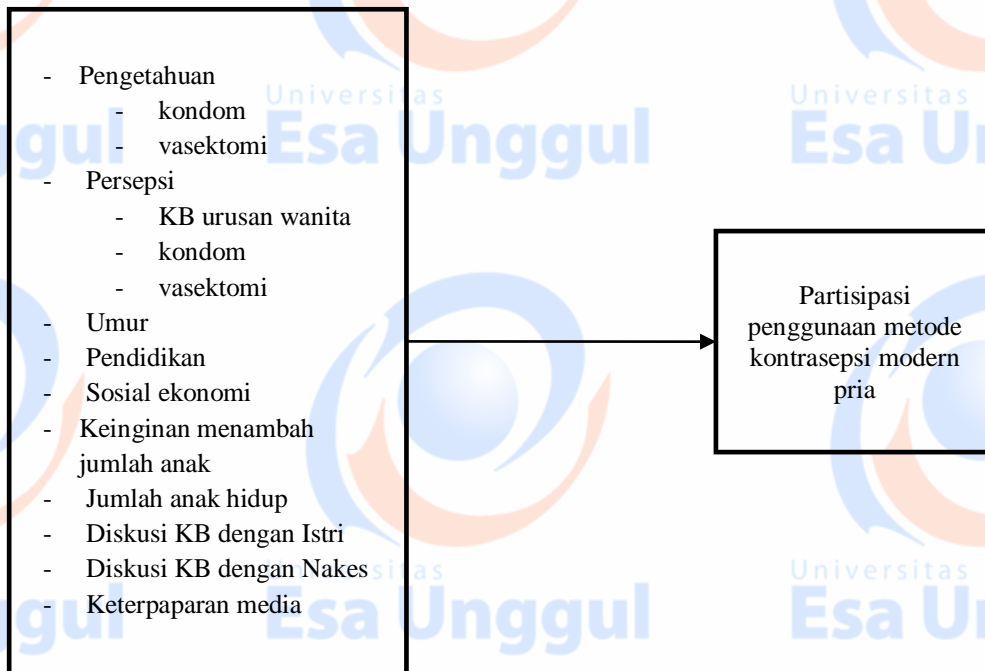
Kerangka teori pada Gambar 2.2 merupakan modifikasi teori *Health Belief Model* dan teori Green yang terbagi menjadi tiga kelompok besar, yaitu *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing*. *Predisposing factors* yang terdiri dari pengetahuan, persepsi, umur, pendidikan, status sosial ekonomi, budaya, dan keyakinan. Sedangkan *enabling factors* yaitu faktor lingkungan yang memfasilitasi perilaku, yang terdiri dari keinginan menambah jumlah anak dan jumlah anak hidup. Ketiga yaitu *reinforcing factors*, faktor berupa motivasi, diskusi ataupun komunikasi, yang terdiri dari diskusi KB dengan Istri, diskusi KB dengan tenaga kesehatan, dan keterampilan media melalui KB.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan penjelasan pada bab sebelumnya, disesuaikan dengan tujuan penelitian, yaitu mengetahui determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin, maka dibentuklah kerangka konsep seperti pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Partisipasi penggunaan KB pria dilihat dari penggunaan kontrasepsi modern bagi pria, baik kondom ataupun vasektomi. Pengetahuan yang diteliti yaitu pengetahuan mengenai kondom dan vasektomi, begitu pula dengan persepsi masing-masing dilihat mengenai persepsi terhadap kondom dan vasektomi, serta pendapat pria mengenai KB merupakan urusan wanita. Faktor demografi terdiri dari umur, pendidikan, dan status sosial ekonomi. Preferensi fertilitas yang akan dilihat pada penelitian ini yaitu jumlah anak hidup yang dimiliki pria dan keinginannya menambah jumlah anak. Dan kemudian juga dilihat diskusi pria

dengan istri, diskusi pria dengan tenaga kesehatan dan keterpaparan KB melalui media.

3.2 Hipotesis

1. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria yang memiliki pengetahuan sedang dan baik, lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria dengan pengetahuan kurang.
2. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria yang memiliki persepsi baik mengenai kontrasepsi, lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria yang memiliki persepsi buruk.
3. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria kelompok usia kuartil 2 (33-39 tahun), kuartil 3 (40-45 tahun), dan kuartil 4 (45-54 tahun), lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria kelompok usia kuartil 1 (17-32 tahun).
4. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria dengan pendidikan sedang dan tinggi, lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria dengan pendidikan rendah.
5. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria dengan status sosial ekonomi menengah ke bawah dan rata-rata, lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria dengan status sosial tinggi.
6. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria yang tidak ingin menambah jumlah anak, lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria yang masih ingin menambah jumlah anak.
7. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria dengan jumlah anak 2-3 orang dan lebih dari 3 orang, lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria dengan jumlah anak hidup kurang dari 2 orang.
8. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria yang berdiskusi mengenai KB dengan istri, lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria yang tidak berdiskusi dengan istri.
9. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria yang berdiskusi mengenai KB dengan petugas kesehatan, lebih tinggi

dibandingkan partisipasi pada pria yang tidak berdiskusi dengan petugas kesehatan.

10. Partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria yang terpapar KB melalui media, lebih tinggi dibandingkan partisipasi pada pria yang tidak terpapar KB melalui media.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

No.	Nama Variabel	Definisi	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen					
1.	Partisipasi KB pria	Pria menggunakan salah satu jenis kontrasepsi modern yaitu kondom dan vasektomi.	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q301Ba - Q301Bb)	0 : tidak (pria sama sekali tidak menggunakan kontrasepsi modern) 1 : ya (pria menggunakan minimal salah satu jenis kontrasepsi modern)	Nominal
Variabel Independen					
2.	Pengetahuan				
	a. Kondom dan Masa Subur	Pengetahuan pria mengenai kondom dan masa subur, berdasarkan pertanyaan yang terdapat pada kuesioner SDKI. Pengetahuan kondom dilihat dari pernyataan kondom tidak dapat dipakai ulang, dan kondom dapat melindungi dari penularan penyakit. Sedangkan pengetahuan masa subur dilihat dari pria yang	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q301.07; Q310F3; Q310F4)	0 : kurang (tidak mengetahui mengetahui kondom dapat melindungi dari penyakit atau kondom tidak dapat dipakai ulang, atau hanya tahu	Ordinal

menjawab masa subur di tengah antara dua haid.

salah satu)

1 : sedang (mengetahui kondom dapat melindungi dari

penyakit dan kondom tidak dapat dipakai ulang, tetapi tidak mengetahui masa subur wanita)

2: baik (memiliki pengetahuan kondom yang baik serta mengetahui masa subur wanita)

b. Vasektomi	Pengetahuan pria mengenai vasektomi, berdasarkan pertanyaan yang terdapat pada kuesioner SDKI, diantaranya yaitu mengetahui vasektomi, mengetahui vasektomi merupakan metode KB yang efektif, dan mengetahui biayanya lebih murah dibanding tubektomi	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q301.02; Q310Jb; Q310Jf)	0 : kurang (tidak tahu vasektomi/hanya sekedar tahu) 1 : cukup baik (mengetahui vasektomi merupakan metode KB	Nominal
--------------	---	--	--	---------

	(sterilisasi wanita).		yang efektif dan/atau mengetahui biayanya lebih murah dibanding tubektomi)	
3	Persepsi			
a.	KB merupakan urusan wanita	Pendapat pria mengenai KB merupakan urusan wanita.	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q306a)	0 : setuju 1 : tidak setuju Nominal
b.	Persepsi terkait kondom	Pendapat pria mengenai kondom, seperti kondom mengurangi kenikmatan seksual, kondom tidak nyaman saat dipakai, wanita tiak berhak meminta pria untuk menggunakan kondom.	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q310Fa; Q310Fb; Q310Fe). Memberi skor positif dan negatif pada masing-masing pernyataan mengenai kondom.	0 : negatif (jumlah skor negatif) 1 : positif (jumlah skor positif) Nominal
c.	Persepsi terkait vasektomi	Pendapat pria mengenai: disterilisasi untuk pria sama dengan dikebiri, wanita yang seharusnya disterilisasi, pria merasa aman dengan vasektomi, vasektomi lebih aman dari tubektomi, operasi vasektomi aman, biaya operasi vasektomi tidak mahal, dan operasinya mudah.	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q310Ja; Q310Jc; Q310Jd; Q310Je; Q310Jg). Memberi skor positif dan negatif pada masing-masing pernyataan mengenai vasektomi.	0 : negatif (jumlah skor negatif) 1 : positif positif (jumlah skor positif) Nominal

4.	Umur	Usia pria pada saat diwawancarai, umur yang digunakan yaitu usia pada ulang tahun terakhir. Umur pria dibagi empat berdasarkan batas interval kuartil 1, kuartil 2, dan kuartil 3.	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q103)	0: kuartil 1 (17-32 tahun) 1: kuartil 2 (33-39 tahun) 2: kuartil 3 (40-45 tahun) 3: kuartil 4 (46-54 tahun)	Ordinal
5.	Pendidikan	Jenjang pendidikan tertinggi yang pernah/sedang dijalani.	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q104 dan Q105)	0: rendah (tidak pernah sekolah/SD) 1: menengah (SMP/SMA) 2: tinggi (PT)	Ordinal
6.	Status sosial dan ekonomi	Indeks kekayaan yang diperoleh berdasarkan informasi kepemilikan aset rumah tangga, yang telah terbagi menjadi 5 kelompok kuintil. Pada penelitian ini akan dibagi atas 3 kelompok, yaitu menengah kebawah (kuintil 1 dan 2), rata-rata (kuintil 3), dan menengah ke atas (kuintil 4 dan 5)	Kuesioner Rumah Tangga SDKI 2012 (Q110 -Q123)	1: menengah ke atas 2: rata-rata 3: menengah ke bawah	Ordinal

7.	Keinginan menambah jumlah anak	Keinginan pria untuk mempunyai anak (lagi) di masa yang akan datang, tidak termasuk anak yang sedang dikandung oleh istri yang sedang hamil.	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q503 – Q505)	0: ya 1: tidak	Nominal
8.	Jumlah anak hidup	Jumlah anak kandung yang hidup pada saat wawancara, baik laki-laki ataupun perempuan, baik yang tinggal bersama ataupun terpisah.	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q203 dan Q205)	0 : < 2 anak 1 : 2 - 3 anak 2: > 3 anak	Ordinal
9.	Diskusi KB dengan istri	Pria membahas KB dengan istri/pasangan dalam 6 bulan terakhir	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q303AA)	0: tidak ada 1: ada	Nominal
10.	Diskusi KB dengan petugas kesehatan	Pria membahas KB dengan tenaga kesehatan dalam 6 bulan terakhir	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q303 → mv395)	0: tidak ada 1: ada	Nominal
11.	Keterpaparan KB melalui Media	Pria mendapatkan informasi mengenai KB dalam 6 bulan terakhir, melalui minimal satu dari media massa yang ada, yaitu radio, televisi, koran/majalah, poster, pamflet	Kuesioner pria kawin SDKI 2012 (Q302)	0: tidak ada (pria tidak terpapar KB melalui media sama sekali 1: ada (minimal pria terpapar KB melalui salah satu jenis media)	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kuantitatif, menggunakan data sekunder SDKI 2012 yang telah dirancang menggunakan desain *cross sectional* (potong lintang). Penelitian ini bertujuan melihat pengaruh pengetahuan dan persepsi mengenai KB terhadap partisipasi penggunaan metode kontrasepsi pada pria kawin usia 15-54 tahun. Oleh karena itu, data SDKI yang digunakan lebih fokus pada SDKI 2012 Modul Pria.

4.2 SDKI 2012 Modul Pria

SDKI 2012 adalah suatu survei yang dirancang untuk menyajikan informasi mengenai tingkat kelahiran, kematian, keluarga berencana dan kesehatan, yang diselenggarakan atas kerjasama beberapa instansi yaitu BPS (Biro Pusat Statistik), BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional), dan Kementerian Kesehatan RI, dan *ICF International*. Cakupan SDKI 2012 yaitu mencakup semua wanita usia subur (WUS) umur 15-49 tahun, pria kawin umur 15-54 tahun, dan remaja pria belum kawin umur 15-24 tahun.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 Modul Pria merupakan survei ketiga yang dilaksanakan di Indonesia setelah survei pertama pada tahun 2002-2003 dan kedua pada tahun 2007. SDKI 2012 Modul Pria merupakan sub sampel dari SDKI tahun 2012 dan dirancang untuk memperoleh angka estimasi nasional, perkotaan dan pedesaan, dan provinsi. Informasi yang dikumpulkan dalam daftar pertanyaan pada modul pria antara lain mencakup data demografi, riwayat kelahiran, kontrasepsi, perkawinan dan sikap terhadap perempuan, preferensi fertilitas, pekerjaan responden dan partisipasi dalam perawatan kesehatan, HIV/AIDS dan infeksi menular seksual, dan isu kesehatan lainnya.

Survei ini menggunakan daftar blok sensus (BS) sebagai dasar untuk pengambilan sampel. Sampel SDKI dipilih melalui stratifikasi dua tahap dari 1.840 BS dimana terdiri dari 874 BS di perkotaan dan 966 di pedesaan. Setelah

itu, pada masing-masing propinsi, pemilihan BS di wilayah perkotaan dan pedesaan dilakukan dengan menggunakan sampling beberapa tahap (*multistage stratified sampling*), minimum 43 BS diambil pada setiap provinsi. Di setiap BS rata-rata terpilih 25 rumah tangga yang dipilih secara acak sistematis.

Berdasarkan laporan SDKI 2012, dari 46.024 rumah tangga yang terpilih dalam survei ini 44.302 rumah tangga ditemukan, dan dari jumlah tersebut 43.852 atau 99 persen rumah tangga berhasil diwawancarai. Dari sepertiga jumlah rumah tangga yang berhasil diwawancarai, terdapat 10.086 pria yang memenuhi syarat untuk diwawancarai, dan yang berhasil diwawancarai ada 9.306 pria, menghasilkan tingkat respon sebesar 92 persen. Tingkat respon pria yang lebih rendah dibandingkan respon wanita (96%) disebabkan oleh sering atau lamanya pria tidak berada di rumah. Secara umum, tingkat respon untuk wawancara dengan pria kawin di daerah pedesaan lebih tinggi daripada di daerah perkotaan.

4.3 Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah seluruh pria kawin/hidup bersama usia 15-54 tahun di Indonesia pada tahun 2012. Berikut sampel penelitiannya yaitu seluruh pria kawin/hidup bersama yang memenuhi syarat dan berhasil diwawancarai pada pengumpulan data SDKI 2012.

Kriteria inklusi sampel adalah seluruh pria kawin/hidup bersama usia 15-54 tahun. Sedangkan kriteria eksklusi yaitu pria yang menggunakan kontrasepsi alami, ingin segera memiliki anak, tinggal terpisah dengan istri, diketahui tidak subur/mandul, dan istri/pasangan sudah mengalami menopause/histerektomi.

Sesuai dengan tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui determinan partisipasi pria dalam penggunaan metode kontrasepsi modern (berpartisipasi/tidak berpartisipasi), maka penelitian ini menggunakan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda dua proporsi sebagai berikut.

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

α = Probabilitas melakukan kesalahan tipe I (probabilitas menolak H_0 yang benar).

Pada penelitian ini digunakan $\alpha = 0.05$ sehingga $Z_{1-\alpha} = 1.96$

B = Kekuatan uji penelitian (90%)

P_1 = Proporsi pria yang berpartisipasi pada kelompok 1

P_2 = Proporsi pria yang berpartisipasi pada kelompok 2

Berdasarkan rumus besar sampel diatas, maka perhitungan sampel pada penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut.

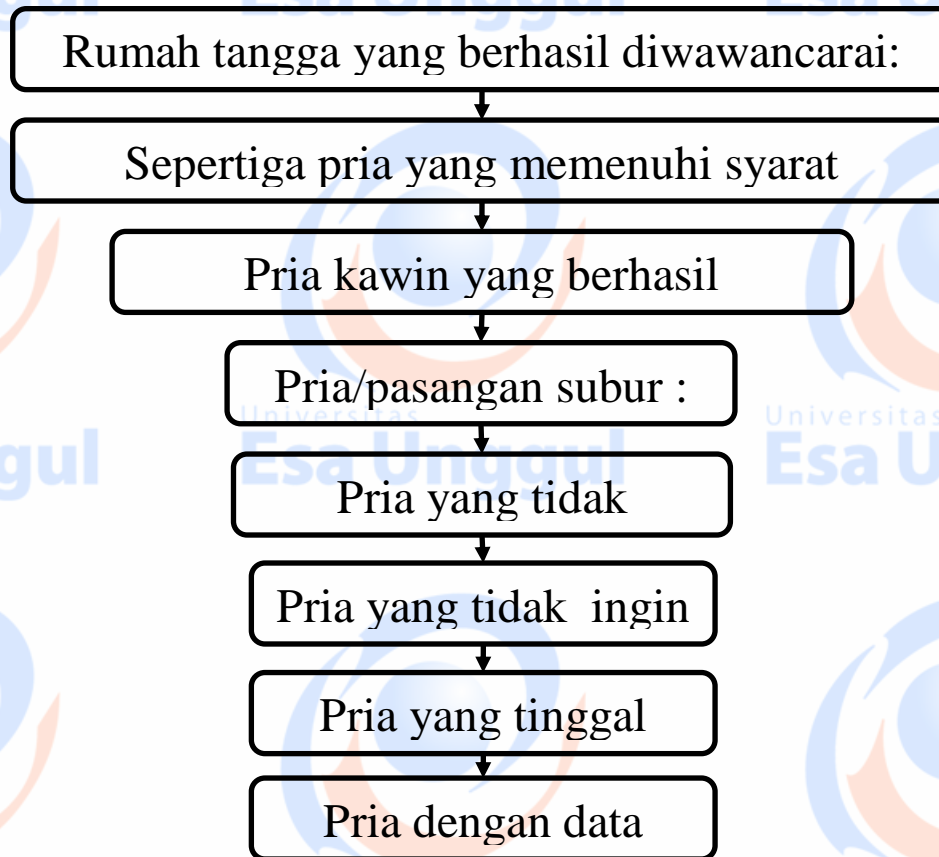
Tabel 4.1 Besar Minimal Sampel Berdasarkan Variabel Independen

Variabel	P1	P2	Sumber	n
Pengetahuan	2,2%	31,1%	Ekarini, 2008	27
Persepsi	8,8%	25,2%	Ekarini, 2008	88
Umur	37,6%	77,9%	Ahmad, 2009	24
Pendidikan	15,9%	41,5%	Shahjahan <i>et al</i> , 2013	52
Status Sosek	21,7%	43%	Shahjahan <i>et al</i> , 2013	81
Ingin menambah anak	25,9%	65,1%	Kabagenyi <i>et al</i> , 2014 ^b	26
Jumlah anak hidup	30,5%	21,9%	Shahjahan <i>et al</i> , 2013	202
Diskusi dengan Istri	29%	77%	Tumlinson <i>et al</i> , 2009	17
Diskusi dengan Nakes	31,0%	42,4%	Kabagenyi <i>et al</i> , 2014 ^b	305
Keterpaparan Media	13,3%	30,6%	Shahjahan <i>et al</i> , 2013	97

Untuk memenuhi besar minimal sampel penelitian ini, diperlukan minimal 305 pria yang berpartisipasi dalam masing-masing kelompok, sehingga untuk partisipasi kontrasepsi dibutuhkan 610 pria kawin. Akan tetapi karena penarikan sampel SDKI dilakukan melalui beberapa tahap (sampel desain kompleks), maka besar minimal sampel perlu dikoreksi dengan efek desain (Levy dan Lemeshow, 1999). Dengan demikian, peneliti menggunakan efek desain = 2 untuk sampel SDKI, sehingga jumlah minimal sampel yang dibutuhkan yaitu 1220 pria kawin.

Data SDKI yang berhasil dikumpulkan adalah 9306 pria, kemudian dilakukan proses restriksi sampel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, untuk

menentukan jumlah data yang akan dianalisis. Berikut adalah proses restriksi sampel data SDKI penelitian ini.



Gambar 4.1 Restriksi Sampel Data Penelitian

Hasil restriksi sampel penelitian ini menghasilkan sampel sebanyak 5812 pria. Jika dilihat perhitungan jumlah sampel minimal yaitu 1220, maka penelitian ini cukup kuat untuk melihat hubungan setiap variabel determinan.

4.4 Pengolahan Data

Data SDKI 2012 yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari *website* DHS Program (<https://dhsprogram.com/>), yang diunduh secara gratis dan telah mendapat izin tertulis melalui *e-mail* oleh ICF International. Data yang diperoleh merupakan data mentah yang dikumpulkan melalui kuesioner SDKI 2012 Pria Kawin, kemudian selanjutnya Peneliti memilih beberapa pertanyaan yang membentuk dan mendukung variabel sesuai dengan kebutuhan variabel penelitian. Beberapa variabel penelitian beserta daftar pertanyaan yang Peneliti butuhkan untuk penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.2

Daftar Variabel dan Sumber Pertanyaan

Variabel	Pertanyaan
Partisipasi KB pria	Q301Ba - Q301Bb
Pengetahuan Kondom	Komposit pertanyaan Q301.07; Q310Fc; Q310Fd; Q304; Q305
Pengetahuan Vasektomi	Komposit pertanyaan Q301.02; Q310Jb; Q310Jf
Persepsi KB urusan wanita	Q306a
Persepsi Kondom	Komposit pertanyaan Q310Fa; Q310Fb; Q310Fe
Persepsi Vasektomi	Komposit pertanyaan Q310Ja; Q310Jc; Q310Jd; Q310Je; Q310Jg
Umur	Q103
Pendidikan	Modifikasi Q104 dan Q105
Status sosial dan ekonomi	Modifikasi variabel indeks kekayaan (<i>wealth index</i>), diperoleh dari pertanyaan Q110 -Q123
Keinginan menambah jumlah anak	Modifikasi pertanyaan Q503 – Q505
Jumlah anak hidup	Komposit pertanyaan Q203 dan Q205
Diskusi KB dengan istri	Q303AA
Diskusi KB dengan nakes	Q303 → mv395
Keterpaparan Media	Komposit pertanyaan Q302

Setelah melakukan komposit dan modifikasi beberapa pertanyaan membentuk suatu variabel yang dibutuhkan, maka selanjutnya dilakukan pengkodean ulang (*recode*) sesuai dengan klasifikasi yang telah ditentukan pada definisi operasional.

Tahap berikutnya yang perlu dilakukan adalah *cleaning data* (pembersihan data), yaitu mengeluarkan data-data yang tidak diikutsertakan dalam analisis.

Beberapa variabel yang tidak lengkap (*missing*) dapat dilakukan imputasi data.

4.5 Analisis Data

Survei SDKI 2012 menggunakan rancangan sampel kompleks yaitu pengambilan sampel bertingkat dengan menggunakan dua atau lebih metode *sampling* sehingga proses analisis harus memperhitungkan efek desain (*design*

effect) dan pembobotan (*weighted*). Data harus dikalikan dengan bobot agar varians yang terdapat pada sampel sama dengan varians yang terdapat dalam populasi. Bobot dilakukan untuk menyamakan peluang terpilih sebagai sampel pada masing-masing stratum. Sedangkan efek desain adalah perbandingan antara varians yang didapat dari desain sampel kompleks dengan varians yang diperoleh jika survei tersebut dilaksanakan dengan menggunakan desain sampel acak sederhana (*simple random sampling*). Kedua hal ini penting dalam rangka mendukung proses generalisasi hasil penelitian ke dalam populasi. Oleh karena itu, analisis yang akan dilakukan pun akan menggunakan analisis dengan sampel kompleks.

Beberapa tahapan yang perlu disiapkan untuk melakukan analisis sampel kompleks antara lain:

1. Melakukan pembobotan (*weighted*)

Bobot dibentuk dari hasil bagi populasi dengan sampel. Kemudian bobot tersebut perlu dinormalisasi untuk menormalkan jumlah sampel seperti semula sesuai dengan jumlah sampel penelitian. Normalisasi bobot dilakukan dengan membagi bobot dengan rata-rata bobot. Bobot yang telah dinormalisasi inilah yang akan digunakan dalam analisis lebih lanjut.

2. Menentukan *sampling unit* dan strata

Sesuai dengan metodologi SDKI 2012, yang menggunakan daftar blok sensus/klaster sebagai dasar untuk pengambilan sampel, dan kemudian distratifikasi berdasarkan jenis wilayah (perkotaan atau pedesaan).

Setelah disiapkan pengaturan analisis data sampel kompleks, selanjutnya dilakukan analisis lebih lanjut. Pada penelitian ini, analisis dilakukan dengan bantuan perangkat lunak komputer. Sesuai dengan tujuan penelitian, beberapa analisis yang akan dilakukan adalah sebagai berikut.

4.5.1 Analisis Univariabel

Analisis univariabel dilakukan untuk melihat gambaran partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada Pria Kawin usia 15-54 tahun, dan faktor-faktor yang diduga menjadi determinan partisipasi pria tersebut. Gambaran yang diberikan yaitu dalam bentuk proporsi. Proporsi didapatkan dari perbandingan

frekuensi kejadian yang diinginkan terhadap frekuensi total dalam suatu kelompok.

Pada penelitian ini, proporsi partisipasi penggunaan metode kontrasepsi pada pria didapatkan dari hasil perbandingan jumlah pria yang menggunakan kontrasepsi terhadap jumlah seluruh pria kawin usia 15-54 tahun. Begitu juga dengan variabel determinan lainnya, masing-masing proporsi dihitung beserta distribusi frekuensi masing-masing kelompok. Hasil analisis yang didapatkan akan disajikan dalam bentuk tabel.

4.5.2 Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan untuk melihat hubungan masing-masing variabel independen secara *crude* terhadap partisipasi penggunaan metode kontrasepsi modern pada pria. Untuk melihat hubungan tersebut, maka dilakukan uji hipotesis (beda proporsi).

Untuk melakukan uji hipotesis, data dapat dianalisis menggunakan uji statistik yaitu uji χ^2 (*chi-square*). Sesuai dengan tujuannya, uji χ^2 digunakan untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data. Dilihat dari segi datanya uji χ^2 dapat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel katagorik dengan variabel katagorik. Prinsipnya yaitu melakukan perbandingan antara nilai observasi dengan ekspektasi. Prosedur uji χ^2 yang paling sederhana adalah uji χ^2 menurut Pearson. Uji χ^2 dilakukan dengan menjumlahkan selisih nilai observasi dengan ekspektasi kuadrat relatif terhadap nilai ekspektasinya dan mencari nilai p untuk nilai tersebut dengan menggunakan distribusi χ^2 pada derajat kebebasan (df) yang ada. Secara matematik χ^2 dituliskan sebagai berikut (Ariawan, 2012).

$$\chi^2 = \sum_i \sum_j \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Untuk menarik kesimpulan dapat dilihat dari nilai p. Jika nilai p kecil peneliti akan menyimpulkan kejadian tersebut tidak saling bebas, saling bergantung, atau berhubungan. Sebaliknya jika nilai p besar, peneliti akan menyimpulkan bahwa kedua kejadian tersebut saling bebas, tidak saling bergantung atau tidak berhubungan (Ariawan, 2012). Besar atau tidak nya nilai p

dilihat dari derajat signifikansi (α), yang ditetapkan sebesar 0.05 pada penelitian ini.

Berhubungan secara signifikan/tidak secara statistik belum tentu juga bermakna dipandang dari segi substansi. Seperti diketahui bahwa semakin besar sampel yang dianalisis akan semakin besar menghasilkan kemungkinan berbeda bermakna. Dengan sampel besar perbedaan-perbedaan sangat kecil, yang sedikit atau bahkan tidak mempunyai manfaat secara substansi dapat berubah menjadi bermakna secara statistik. Oleh karena itu, setiap penemuan jangan hanya dilihat dari aspek statistik semata, namun harus juga dinilai dari segi substansi (Hastono, 2006).

Hal yang perlu diperhatikan yaitu besarnya asosiasi antara variabel independen dan dependen, yang dapat diketahui melalui OR (*odds ratio*). OR yaitu membandingkan odd pada kelompok terpajan dengan kelompok yang tidak terpajan. Interpretasi OR:

OR = 1 → tidak ada hubungan antara variabel independen dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun.

OR < 1 → variabel independen menjadi faktor protektor partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun.

OR > 1 → variabel independen menjadi faktor risiko partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun.

4.5.3 Analisis Multivariabel

Analisis multivariabel dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen secara bersamaan yaitu pengetahuan, persepsi, karakteristik demografi (umur, pendidikan, dan status sosial ekonomi), preferensi fertilitas (keinginan menambah jumlah anak dan jumlah anak hidup), diskusi KB dengan istri dan petugas kesehatan, serta keterpaparan KB melalui media massa, dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun. Oleh karena variabel dependen terdiri dari dua kategori, maka analisis dilakukan dengan regresi logistik. Dan karena kedudukan setiap variabel independen adalah sama, maka analisis ini dikenal sebagai regresi logistik model prediksi.

Prinsipnya yaitu menghasilkan model yang valid dan *parsimony*, model yang sah dan presisinya baik tetapi juga sederhana. Maka tahapan pemodelan yang harus dilakukan adalah sebagai berikut.

1. Seleksi bivariabel, yaitu mengidentifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan membuat analisis regresi logistik dari masing-masing kovariat terhadap variabel dependennya. Kovariat dengan nilai $p < 0,25$ merupakan kandidat kovariat untuk masuk dalam model multivariabel. Jika ada kovariat yang menurut substansi harus masuk dalam model multivariat, kovariat tersebut tetap dimasukkan dalam model meskipun nilai $p > 0,25$.
2. Seluruh variabel yang lolos pada tahap 1 dimasukkan ke dalam model. Model ini dianggap sebagai model baku emas (*Gold Standard Model*), karena semua variabel yang berperan sudah masuk ke dalam model.
3. Tahap berikutnya yaitu mengevaluasi hasil regresi logistik pada model baku emas. Evaluasi dilakukan berdasarkan nilai uji statistik Wald. Eliminasi variabel independen dimulai dari variabel yang memiliki nilai p tertinggi atau nilai z terendah dan lebih besar dari α (0.05). Setelah satu variabel dieliminasi, kemudian dilihat perubahan OR pada masing-masing variabel independen yang tersisa. Jika perubahan OR yang terjadi lebih dari 10%, maka variabel tersebut dikembalikan ke model, dan merupakan variabel *confounder*. Akan tetapi jika perubahan OR kurang dari 10%, maka variabel tersebut dikeluarkan dari model. Eliminasi variabel dilakukan seperti itu pada setiap variabel dengan nilai $p > 0.05$.
4. Langkah berikutnya adalah evaluasi interaksi antar variabel. Interaksi antar variabel dibuat berdasarkan pertimbangan substansi kemudian dilakukan uji statistik untuk menentukan apakah interaksi ini layak masuk dalam model regresi logistik (nilai $p < 0.05$).
5. Model akhir dan interpretasi.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Karakteristik Pria Kawin Usia 15-54 Tahun

Karakteristik pria kawin usia 15-54 tahun dibagi menjadi dua berdasarkan variabel penelitian. Pertama yaitu karakteristik variabel dependen yang dilihat dari distribusi penggunaan kontrasepsi modern. Kemudian yang kedua dilihat dari sebaran variabel independen yang terdiri dari pengetahuan dan persepsi terkait KB, umur, pendidikan, status sosial ekonomi, keinginan menambah jumlah anak, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan istri dan petugas kesehatan, serta keterpaparan KB melalui media.

5.1.1 Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia

Partisipasi penggunaan kontrasepsi pria di Indonesia masih rendah, menurut jenis kontrasepsi yang digunakan pria pada kurun waktu penelitian SDKI 2012, distribusi penggunaannya dapat dilihat pada Tabel 5.1 berikut.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

No	Jenis Kontrasepsi	n	%	95% CI (%)
1	Kondom	167	3,3	2,7-4,0
2	Vasektomi	17	0,3	0,2-0,7
3	Tidak menggunakan	5628	96,4	95,5-97,0
4	Total	5812	100,0	

Pada tabel diatas diketahui bahwa kondom merupakan alat kontrasepsi pria yang lebih banyak digunakan. Sebesar 3,3% pria kawin menggunakan kondom, dan hanya sebesar 0,3% yang menggunakan vasektomi. Berdasarkan efektivitas jenis kontrasepsi pria, BKKBN hanya menganjurkan jenis kontrasepsi modern, yaitu kondom dan vasektomi. Distribusi pria kawin usia 15-54 tahun berdasarkan penggunaan kontrasepsi modern di Indonesia adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Penggunaan Kontrasepsi Modern	n	%	95% CI (%)
Ya	184	3,6	2,9 – 4,5
Tidak	5628	96,4	95,5 – 97,0
Total	5812	100,0	

Dari Tabel 5.2 diatas terlihat bahwa pengguna kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun hanya sebesar 3,6% (95% CI: 2,9%-4,5%).

5.1.2 Pengetahuan mengenai Kondom dan Masa Subur pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia

Secara umum, pria yang mengetahui kondom menurut Laporan SDKI 2012 adalah sebesar 87,0%. Distribusi frekuensi pria menurut pernyataannya mengenai kondom dapat dilihat pada Tabel 5.3 berikut.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pernyataannya mengenai Kondom (Analisis Data SDKI 2012) (n=5812)

Pengetahuan mengenai Kondom	Benar	
	N	%
Kondom tidak dapat dipakai ulang	4650	83,2
Kondom melindungi diri dari penyakit	4322	77,8

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pengetahuan pria mengenai kondom cukup baik. Dari 5812 pria kawin di Indonesia yang diwawancarai, sebesar 83,2% mengetahui bahwa kondom tidak dapat dipakai ulang, dan 77,8% pria kawin mengetahui bahwa kondom dapat melindungi dari penyakit.

Pada penggunaan kondom, pasangan tidak harus menggunakannya di setiap berhubungan seksual. Pasangan dapat berhubungan seksual tanpa menggunakan kondom pada saat masa tidak subur wanita. Oleh karena itu pengetahuan mengenai masa subur wanita pun penting. Terdapat beragam jawaban pria terkait masa subur. Dari keseluruhan pria tersebut, hanya 16,1% yang menjawab benar masa subur wanita, yaitu di tengah antara dua haid. Distribusi pria kawin yang mengetahui masa subur wanita dapat dilihat pada Tabel 5.4 berikut.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan Masa Subur Wanita (Analisis Data SDKI 2012)

Pengetahuan Masa Subur	n	%
Selama masa haid	34	0,4
Setelah masa haid	1989	31,6
Ditengah antara dua haid	966	16,1
Menjelang haid	166	2,6
Tak ada waktu tertentu	471	10,5
Lainnya	36	0,5
Tidak Tahu	2150	38,2
Total	5812	100,0

Berdasarkan beberapa pernyataan mengenai kondom dan masa subur diatas, maka dibentuklah variabel pengetahuan pria kawin mengenai pengetahuan dan masa subur, yang terdiri dari tiga kategori. Pertama, kurang yaitu pria sama sekali tidak mengetahui pernyataan pada pengetahuan kondom atau hanya mengetahui satu pernyataan. Kategori berikutnya yaitu sedang apabila pria mengetahui kedua pernyataan pada pengetahuan kondom, tetapi tidak mengetahui masa subur, dan selanjutnya pengetahuan baik apabila mengetahui kedua pernyataan pada pengetahuan kondom dan juga mengetahui masa subur. Distribusi pria berdasarkan pengetahuan kondom dan masa subur dijelaskan pada Tabel 5.5 berikut.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan Kondom dan Masa Subur di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Pengetahuan Kondom dan Masa Subur	n	%	95% CI (%)
Kurang	1394	20,6	19,1-22,3
Sedang	3575	64,8	62,9-66,7
Baik	843	14,5	13,0-16,2
Total	5812	100,0	

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa sebagian besar pria kawin di Indonesia yaitu 64,8% sudah mengetahui kondom tidak dapat dipakai ulang dan dapat melindungi diri dari penyakit, meskipun belum mengetahui masa subur. Sedangkan pria yang mengetahui kondom tidak dapat dipakai ulang dan dapat melindungi diri dari penyakit, serta mereka juga mengetahui masa subur wanita adalah sebesar 14,5% pria (95% CI: 13,0%-16,2%).

5.1.3 Pengetahuan mengenai Vasektomi pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia

Berdasarkan laporan SDKI 2012, pria kawin yang mengetahui vasektomi hanya 30,6%. Beberapa kebenaran yang mereka ketahui mengenai vasektomi antara lain sebagai berikut.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia menurut Pernyataannya mengenai Vasektomi (Analisis Data SDKI 2012) (n=5812)

Pernyataan mengenai Vasektomi	Benar	
	N	%
Metode efektif	316	5,1
Lebih murah dibanding tubektomi	8	0,1

Dari tabel di atas terlihat bahwa pengetahuan pria mengenai vasektomi masih sangat rendah. Hanya 5,1% pria kawin yang tahu bahwa vasektomi merupakan metode yang efektif untuk kontrasepsi, dan bahkan hanya 0,1% yang mengetahui bahwa biaya vasektomi lebih murah dibanding tubektomi. Berdasarkan pernyataan-pernyataan tersebut, pengetahuan vasektomi pria dibagi atas dua kelompok, yaitu kurang apabila tidak menjawab satupun pernyataan di atas dengan benar, dan cukup baik bila menjawab minimal salah satu benar.

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan mengenai Vasektomi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Pengetahuan Vasektomi	n	%	95% CI (%)
Kurang	5489	94,8	93,7-95,8
Cukup baik	323	5,2	4,2-6,3
Total	5812	100,0	

Berdasarkan Tabel 5.7 di atas diketahui bahwa pengetahuan pria mengenai vasektomi masih sangat rendah. Hanya 5,2% pria yang memiliki pengetahuan vasektomi yang cukup baik (4,2%-6,3%).

5.1.4 Persepsi ; KB merupakan Urusan Wanita

Masyarakat di Indonesia masih banyak yang berpendapat bahwa KB merupakan urusan wanita, karena wanitalah yang melahirkan. Pria kawin sebagai pasangan reproduksi, semestinya juga bertanggung jawab dalam permasalahan KB. Akan tetapi dari Tabel 5.8 berikut, diketahui masih banyak pria yang berpendapat bahwa KB merupakan urusan wanita, yaitu sebesar 43,2% atau

hampir separuh pria kawin setuju bahwa KB merupakan urusan wanita (95% CI: 40,9-45,5).

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Pria Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi mengenai KB merupakan Urusan Wanita (Analisis SDKI 2012)

KB urusan wanita	n	%	95% CI (%)
Setuju	2411	43,2	40,9-45,5
Tidak Setuju	3401	56,8	54,5-59,1
Total	5812	100,0	

5.1.5 Persepsi mengenai Kondom

Diantara pria kawin yang mengetahui kondom, beberapa diantara mereka memiliki pendapat dan persepsi yang baik mengenai kondom.

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Pria menurut Persepsi mengenai Kondom (Analisis Data SDKI 2012)

Persepsi mengenai Kondom	n	%
Tidak mengurangi Kenikmatan Seksual	1267	22,7
Nyaman saat digunakan	1415	25,0
Istri berhak meminta pria menggunakan kondom	2886	52,5

Sebesar 22,7% pria kawin berpendapat bahwa kondom tidak mengurangi kenikmatan seksual, 25,0% merasa nyaman saat menggunakan kondom, dan sebesar 52,5% pria berpendapat bahwa Istri berhak meminta pria untuk menggunakan kondom. Dengan beberapa pendapat tersebut, pria dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu pria dengan persepsi kondom negatif dan positif.

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi mengenai Kondom di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Persepsi Kondom	n	%	95% CI (%)
Negatif	3956	68,1	66,0-70,0
Positif	1856	31,9	30,0-34,0
Total	5812	100,0	

Berdasarkan Tabel 5.10 di atas, dari 5812 pria kawin, sebesar 68,1% masih memiliki persepsi yang negatif mengenai kondom (95% CI: 30,0%-34,0%).

5.1.6 Persepsi mengenai Vasektomi

Penggunaan vasektomi di Indonesia masih sangat kecil, yaitu hanya 0,3% dari seluruh pria kawin yang diwawancara pada SDKI 2012. Beberapa pendapat pria mengenai vasektomi diantaranya sebagai berikut.

Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Pria menurut Persepsinya mengenai Vasektomi (Analisis Data SDKI 2012)

Persepsi mengenai Vasektomi	N	%
Vasektomi bukan dikebiri	3516	60,8
Tidak harus wanita yang disterilisasi	3094	51,1
Pria merasa aman dengan vasektomi	642	13,0
Vasektomi lebih aman dari pada tubektomi	23	0,4
Operasi vasektomi aman	15	0,4
Biaya operasi vasektomi tidak mahal	13	0,2
Operasinya mudah	16	0,4

Dari beberapa pertanyaan diatas, terlihat secara umum sebagian besar pria memiliki pendapat yang baik mengenai vasektomi, yaitu 60,8% pria tidak setuju bahwa vasektomi sama dengan dikebiri, dan 51,1% berpendapat bahwa tidak harus wanita yang disterilisasi. Akan tetapi beberapa pendapat menyangkut teknis dan detail vasektomi, hanya sedikit sekali yang memiliki pendapat baik. Dari beberapa pernyataan tersebut, persepsi pria mengenai vasektomi secara keseluruhan terdistribusi sebagai berikut.

Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi mengenai Vasektomi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Persepsi Vasektomi	n	%	95% CI (%)
Negatif	3430	61.5	59,3-63,8
Positif	2382	38.5	36,2-40,8
Total	5812	100,0	

Berdasarkan Tabel 5.12 diketahui bahwa sebagian besar pria, yaitu 61,5% pria memiliki persepsi negatif terkait vasektomi (95% CI: 59,3%-63,8%).

5.1.7 Umur

Rata-rata umur pria kawin yang dianalisis adalah 39 tahun, dengan umur terendah 17 tahun dan tertinggi yaitu 54 tahun.

Tabel 5.13 Distribusi Umur pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis SDKI 2012)

Variabel	Rata-rata	Terendah	Tertinggi
Umur	38,9	17	54

Berdasarkan sebaran umur tersebut, pria kawin dikelompokkan menjadi empat kelompok kuartil. Kelompok umur termuda yaitu kuartil 1 (17-32 tahun) yaitu sebesar 26,4% (95% CI: 24,8%-28,1%), dan kelompok tertua yaitu kuartil 4

(46-54 tahun) yaitu sebesar 26,4% (95% CI: 24,8%-28,2%). Distribusi pria kawin berdasarkan kelompok umur tersebut dijelaskan pada Tabel 5.14.

Tabel 5.14 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kelompok Umur di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Kelompok Umur	n	%	95% CI (%)
Kuartil 1 (17-32 tahun)	1603	26,4	24,8-28,1
Kuartil 2 (33-39 tahun)	1512	26,2	24,5-27,9
Kuartil 3 (40-45 tahun)	1262	21,0	19,6-22,4
Kuartil 4 (46-54 tahun)	1435	26,4	24,8-28,2
Total	5812	100,0	

5.1.8 Pendidikan

Sebagian besar pria kawin di Indonesia sudah mencicipi bangku pendidikan, hanya 1,4% pria yang tidak bersekolah. Lebih dari separuh jumlah pria, yaitu sebesar 52,1% pria telah menginjak bangku SMP/SMA sederajat.

Tabel 5.15 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Tingkat Pendidikan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Jenjang Pendidikan	n	%
Tidak Sekolah	70	1,4
Primer (SD)	1721	33,6
Sekunder (SMP & SMA)	3209	52,1
Tinggi (PT)	812	13,0
Total	5812	100,0

Jenjang pendidikan diatas, dibagi menjadi tiga tingkat pendidikan, yaitu rendah, menengah, dan tinggi. Distribusi pria berdasarkan ketinggian pendidikannya dijelaskan pada Tabel 5.16 berikut.

Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kelompok Tingkat Pendidikan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Tingkat Pendidikan	n	%	95% CI (%)
Rendah	1791	34,9	32,7-37,2
Menengah	3209	52,1	50,0-54,1
Tinggi	812	13,0	11,5-14,7
Total	5812	100,0	

Dari tabel diatas terlihat bahwa 34,9% (95% CI: 32,7%-37,2%) pria masih tergolong pendidikan rendah, dan hanya 13,0% (95% CI: 11,5%-14,7%) yang memiliki tingkat pendidikan tinggi.

5.1.9 Status Sosial Ekonomi

Menurut indeks kekayaan yang dibagi atas 5 kuintil, distribusi pria kawin di Indonesia yang dianalisis pada penelitian ini adalah sebagaimana disajikan pada Tabel 5.17.

Tabel 5.17 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kuintil Indeks Kekayaan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Indeks Kekayaan	n	%
Kuintil 1	1151	13,5
Kuintil 2	1200	19,4
Kuintil 3	1164	21,1
Kuintil 4	1161	23,5
Kuintil 5	1136	22,5
Total	5812	100,0

Berdasarkan nilai kuintil, pria dibagi menjadi tiga kelompok menurut status sosial ekonominya.

Tabel 5.18 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kelompok Status Sosial Ekonomi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Status Sosial Ekonomi	n	%	95% CI (%)
Menengah ke bawah	2351	32,9	30,8-35,1
Rata-rata	1164	21,1	19,4-22,8
Menengah ke atas	2297	46,0	43,4-48,6
Total	5812	100,0	

Pada penelitian ini, proporsi terbesar pria kawin berasal dari kelas sosial ekonomi menengah ke atas yaitu sebesar 46,0% (95% CI: 43,4%-48,6%). Sedangkan pria kawin yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah ke bawah yaitu sebesar 32,9% (95% CI: 30,8%-35,1%).

5.1.10 Keinginan Menambah Jumlah Anak

Berdasarkan keinginan menambah jumlah anak, pria terdistribusi sebagaimana dijelaskan pada Tabel 5.19.

Tabel 5.19 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keinginan Memiliki Anak di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Keinginan Menambah Jumlah Anak	n	%
Ingin anak, kemudian	1821	31,1
Ingin anak, belum menentukan	469	7,5
Belum memutuskan	593	7,7
Tidak ingin anak lagi	2869	52,6
Disterilisasi	60	1,1
Total	5812	100,0

Pada tabel di atas terlihat bahwa sebagian besar pria kawin, yaitu sebanyak 52,7% tidak ingin menambah jumlah anak dan 1,1% pasangan sudah disterilisasi.

Tabel 5.20 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keinginan Menambah Jumlah Anak di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Keinginan Menambah Anak	n	%	95% CI (%)
Ya	2883	46,3	44,4-48,2
Tidak	2929	53,7	51,8-55,7
Total	5812	100,0	

Pada Tabel 5.20 diketahui bahwa 53,7% (95% CI: 51,8%-55,7%) pria kawin tidak ingin menambah anak lagi.

5.1.11 Jumlah Anak Hidup

Rata-rata jumlah anak hidup yang dimiliki pria kawin yaitu 2,3 anak, dengan jumlah paling sedikit yaitu tidak memiliki anak hidup, dan terbanyak yaitu 12 anak hidup.

Tabel 5.21 Distribusi Jumlah Anak Hidup pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis SDKI 2012)

Variabel	Rata-rata	Terendah	Tertinggi
Jumlah Anak Hidup	2,3	0	12

Berdasarkan standar BKKBN, dan fertilitas di Indonesia, jumlah anak hidup dibagi menjadi tiga kelompok. Berikut sebaran pria berdasarkan kelompok jumlah anak hidup.

Tabel 5.22 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Jumlah Anak Hidup di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Jumlah Anak Hidup	N	%	95% CI (%)
< 2 anak	1599	29,3	27,6-31,1
2-3 anak	3195	56,3	54,4-58,2
>3 anak	1018	14,4	13,2-15,7
Total	5812	100,0	

Berdasarkan hasil analisis, terlihat bahwa 56,3% (95% CI: 54,4%-58,2%) pria kawin memiliki dua hingga tiga anak. Dan 29,3% (95% CI: 27,6%-31,1%) pria masih memiliki kurang dari dua anak.

5.1.12 Diskusi KB dengan Istri

Berdasarkan diskusi KB dengan istri, pria kawin usia 15-54 tahun terdistribusi sebagai berikut.

Tabel 5.23 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Diskusi KB dengan Istri di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Diskusi KB dengan Istri	n	%	95% CI (%)
Tidak ada	4026	69,8	67,6-72,0
Ada	1786	30,2	28,0-32,4
Total	5812	100,0	

Berdasarkan Tabel 5.23, sebagian besar pria, yaitu 69,8% (95% CI: 67,6%-72,0%) pria tidak berdiskusi dengan istri/pasangannya mengenai KB.

5.1.13 Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan

Berikut sebaran pria berdasarkan diskusi mengenai KB dengan tenaga kesehatan.

Tabel 5.24 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Diskusi KB dengan Nakes	n	%	95% CI (%)
Tidak ada	3625	62,1	59,9-64,3
Ada	2187	37,9	35,7-40,1
Total	5812	100,0	

Berdasarkan Tabel 5.24, sebesar 62,1% (95% CI: 59,9%-64,3%) pria tidak berdiskusi mengenai KB dengan tenaga kesehatan.

5.1.14 Keterpaparan KB melalui Media

Di Indonesia terdapat beberapa media untuk menyalurkan informasi mengenai KB, diantaranya melalui radio, televisi, koran, poster, dan pamflet.

Distribusi pria berdasarkan keterpaparan KB melalui media yaitu sebagai berikut.

Tabel 5.25 Distribusi Frekuensi Keterpaparan KB Pria Kawin Usia 15-54 Tahun melalui Berbagai Media di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Keterpaparan KB melalui Media	n	%
Radio	739	13,9
TV	2851	52,6
Koran	1186	21,8
Poster	2013	40,6
Pamflet	1036	21,0

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar pria kawin terpapar KB melalui televisi, dan hanya 17,3% yang terpapar melalui radio. Berdasarkan Tabel 5.26

diketahui bahwa sebesar 68,2% (95% CI: 66,1%-70,2%) pria kawin sudah terpapar KB minimal melalui satu media.

Tabel 5.26 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keterpaparan KB melalui Media di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Keterpaparan KB melalui Media	n	%	95% CI (%)
Tidak ada	2148	31,9	29,8-34,0
Ada (minimal dari satu media)	3664	68,2	66,1-70,2
Total	5812	100,0	

5.2 Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia

Hubungan masing-masing variabel determinan dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin, secara *crude* dapat dilihat melalui Tabel 5.4 berikut.

5.2.1 Hubungan Pengetahuan Kondom dan Masa Subur dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Berdasarkan tabel berikut, terlihat hubungan antara pengetahuan kondom dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern.

Tabel 5.27 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan Kondom dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Pengetahuan Kondom dan Masa Subur	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Kurang	1383	99,5	11	0,5		1,0	
Sedang	3461	96,5	114	3,5	0,005	6,7	3,4-13,4
Baik	784	91,2	59	8,8	0,005	17,9	8,4-38,4

Pria yang memiliki pengetahuan kondom baik dan juga mengetahui masa subur, 8,8% nya menggunakan kontrasepsi modern. Pada pria yang memiliki pengetahuan kondom baik saja, 3,5% nya menggunakan kontrasepsi modern. Sedangkan pada pria yang berpengetahuan cukup, hanya 0,5% yang menggunakan kontrasepsi modern. Secara statistik terdapat perbedaan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern antara pria yang berpengetahuan kondom baik dengan cukup (nilai $p = 0,005$), dan antara pria yang berpengetahuan baik dan

juga mengetahui masa subur dengan pria yang berpengetahuan kondom cukup (nilai $p = 0,005$). Pria yang memiliki pengetahuan kondom baik, partisipasi penggunaan kontrasepsi modernnya 17,9 kali lebih tinggi dibanding kelompok pria yang memiliki pengetahuan kondom cukup (95% CI 8,4-38,4). Sedangkan pada pria yang memiliki pengetahuan kondom baik dan juga mengetahui masa subur, partisipasi penggunaan kontrasepsi modernnya 6,7 kali lebih tinggi dibanding kelompok pria yang memiliki pengetahuan kondom cukup (95% CI 3,4-13,4)

5.2.2 Hubungan Pengetahuan Vasektomi dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Diantara pria kawin yang memiliki pengetahuan cukup baik mengenai vasektomi, sebesar 10,1% menggunakan kontrasepsi modern. Sedangkan pada pria yang memiliki pengetahuan kurang mengenai vasektomi, hanya 3,3% yang menggunakan kontrasepsi modern. Secara statistik, penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang berpengetahuan cukup baik berbeda dengan pria yang hanya berpengetahuan kurang (nilai $p=0,005$).

Tabel 5.28 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pengetahuan Vasektomi dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Pengetahuan vasektomi	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Kurang	5336	96,7	153	3,3	0,005	3,3	1,9-5,8
Cukup Baik	292	89,9	31	10,1			

Pria yang memiliki pengetahuan cukup baik memiliki partisipasi 3,3 kali lebih tinggi dibanding pria yang memiliki pengetahuan vasektomi kurang (95% CI 1,9-5,8).

5.2.3 Hubungan Persepsi: KB merupakan Urusan Wanita dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Berdasarkan Tabel 5.29, sebesar 5,3% pria kawin yang tidak setuju bahwa KB merupakan urusan wanita, berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi

modern. Sedangkan pada pria yang berpendapat bahwa KB merupakan urusan wanita hanya 1,5% yang berpartisipasi menggunakan kontrasepsi modern.

Tabel 5.29 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi: KB urusan Wanita dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Persepsi: KB urusan wanita	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
a. Setuju	2378	98,5	33	1,5		1,0	
b. Tidak setuju	3250	94,7	151	5,3	0,005	3,6	2,2-6,1

Berdasarkan tabel di atas, terlihat ada perbedaan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang setuju dengan KB urusan wanita pria yang tidak setuju (nilai $p=0,005$). Penggunaan kontrasepsi modern pada kelompok pria yang tidak setuju bahwa KB merupakan urusan wanita yaitu 3,6 kali lebih tinggi dibanding pria yang setuju bahwa KB merupakan urusan wanita (95% CI: 2,2-6,1).

5.2.4 Hubungan Persepsi mengenai Kondom dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Penggunaan kontrasepsi modern pada kelompok pria yang memiliki persepsi positif terhadap kondom yaitu sebesar 6,9%, dan hanya 2,1% pada kelompok pria yang memiliki persepsi negatif terhadap kondom. Berdasarkan tabel 5.30 terlihat ada perbedaan penggunaan kontrasepsi modern antara pria yang memiliki persepsi kondom negatif dengan pria yang memiliki persepsi kondom positif (nilai $p=0,005$).

Tabel 5.30 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi Kondom dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Persepsi mengenai kondom	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
a. Negatif	3882	97,9	74	2,1		1,0	
b. Positif	1746	93,1	110	6,9	0,005	3,4	2,3-5,1

Berdasarkan Tabel 5.30 di atas, partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria yang memiliki persepsi positif yaitu 3,4 kali lebih tinggi dibanding pria yang memiliki persepsi negatif terhadap kondom (95% CI: 2,3-5,1).

5.2.5 Hubungan Persepsi mengenai Vasektomi dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin yang memiliki persepsi positif terhadap vasektomi yaitu sebesar 4,8%, sedangkan pada pria yang memiliki persepsi negatif hanya sebesar 2,9%. Secara statistik terdapat perbedaan penggunaan kontrasepsi modern diantara pria kawin yang memiliki persepsi positif dan negatif terhadap vasektomi (nilai $p=0,013$).

Tabel 5.31 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Persepsi Vasektomi dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Persepsi mengenai Vasektomi	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%			
Negatif	3340	97,1	90	2,9	0,013	1,7	1,1-2,6
Positif	2288	95,2	94	4,8			

Berdasarkan tabel diatas, pria yang memiliki persepsi positif terhadap vasektomi berpartisipasi menggunakan kontrasepsi modern sebesar 1,7 kali lebih tinggi dibanding pria yang memiliki persepsi negatif terhadap vasektomi (95% CI: 1,1-2,6).

5.2.6 Hubungan Umur dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Tabel 5.32 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Kelompok Umur dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Umur	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Kuartil 1 (17-32 th)	1566	96,8	37	3,2	0,815	1,1	0,6-1,9
Kuartil 2 (33-39 th)	1464	96,6	48	3,4			
Kuartil 3 (40-45 th)	1213	96,3	49	3,7			
Kuartil 4 (46-54 th)	1385	95,8	50	4,2			

Berdasarkan tabel di atas, proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin kelompok umur kuartil 1 (termuda) yaitu 3,2%, pada pria kelompok umur kuartil 2 yaitu sebesar 3,4%, pada pria kelompok umur kuartil 3 yaitu sebesar 3,7%, dan pada kelompok pria usia kuartil 4 (tertua) yaitu sebesar 4,2%. Secara statistik, tidak terdapat perbedaan penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin di masing-masing kelompok umur (nilai $p \geq 0,347$).

5.2.7 Hubungan Pendidikan dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Berdasarkan tabel 5.33 terlihat bahwa proporsi penggunaan kontrasepsi modern paling tinggi pada kelompok pria kawin pendidikan tinggi, yaitu sebesar 7,0% pria menggunakan kontrasepsi modern, kemudian sebesar 4,1% pada kelompok pria pendidikan sedang, dan hanya sebesar 1,7% pada pria berpendidikan rendah. Penggunaan kontrasepsi modern pada pria berpendidikan sedang terlihat berbeda dengan penggunaan kontrasepsi modern pada pria berpendidikan rendah (nilai $p=0,002$), begitu pula penggunaan kontrasepsi modern pria berpendidikan tinggi dengan pria berpendidikan rendah juga terlihat berbeda (nilai $p=0,005$).

Tabel 5.33 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Pendidikan dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Pendidikan	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	N	%	n	%			
a. Rendah	1766	98,3	25	1,7		1,0	
b. Menengah	3106	95,9	103	4,1	0,002	2,4	1,4-4,2
c. Tinggi	756	93,0	56	7,0	0,005	4,2	2,2-4,2

Berdasarkan tabel di atas, pria berpendidikan menengah berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern 2,4 kali lebih tinggi dibanding pria yang berpendidikan rendah (95% CI: 1,4-4,2). Sedangkan pada pria kawin kelompok pendidikan tinggi, partisipasi penggunaan kontrasepsi modernnya yaitu 4,2 kali lebih tinggi dibanding pria berpendidikan rendah (95%CI: 2,2-4,2).

5.2.8 Hubungan Status Sosial Ekonomi dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang memiliki status sosial ekonomi menengah kebawah yaitu 1,9%, sedangkan pada pria dengan status ekonomi rata-rata yaitu sebesar 3,0%, dan pada pria dengan status sosial ekonomi menengah ke atas yaitu 5,2%. Terlihat perbedaan penggunaan kontrasepsi modern antara pria kelompok status sosial ekonomi menengah ke atas dengan kelompok status sosial ekonomi menengah ke bawah (nilai $p=0,005$). Sedangkan penggunaan kontrasepsi modern antara pria kelompok ekonomi rata-rata tidak terlihat berbeda dengan penggunaan kontrasepsi modern pada pria dengan status sosial ekonomi menengah ke bawah (nilai $p=0,183$).

Tabel 5.34 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Status Sosial Ekonomi dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Status sosial ekonomi	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
a. Menengah ke bawah	2317	98,1	34	1,9		1,0	
b. Rata-rata	1133	97,0	31	3,0	0,183	1,6	0,8-3,1
c. Menengah ke atas	2178	94,8	119	5,2	0,005	2,8	1,6-4,8

Pada pria kelas menengah ke atas, partisipasi penggunaan kontrasepsi modernnya yaitu 2,8 kali lebih tinggi dibanding pria dari kelas menengah ke bawah (95% CI: 1,6-4,8).

5.2.9 Hubungan Keinginan Menambah Jumlah Anak dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang tidak ingin memiliki anak lagi yaitu sebesar 4,1%, dan pada pria yang masih ingin memiliki anak yaitu sebesar 3,2%. Secara statistik, tidak terlihat perbedaan penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang masih ingin memiliki anak dengan pria yang tidak ingin memiliki anak lagi (nilai $p=0,205$). Hubungan keinginan menambah anak dengan penggunaan kontrasepsi pria modern dapat dilihat pada Tabel 5.35 berikut.

Tabel 5.35 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keinginan Menambah Jumlah Anak dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Keinginan menambah jumlah anak	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
a. Ya	2807	96,8	76	3,2		1,0	
b. Tidak	2821	95,9	108	4,1	0,205	1,3	0,9-1,9

5.2.10 Hubungan Jumlah Anak Hidup dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang memiliki kurang dari dua anak, dua hingga tiga anak, dan lebih dari tiga anak berturut-turut, yaitu 2,5%, 4,3%, dan 3,2%. Secara statistik, terlihat perbedaan penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang memiliki dua hingga tiga anak, dengan pria yang memiliki kurang dari dua anak (nilai $p=0,036$). Sedangkan penggunaan kontrasepsi pada pria yang memiliki lebih dari tiga anak tidak berbeda dengan pria yang memiliki anak kurang dari dua anak (nilai $p=0,505$).

Tabel 5.36 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Jumlah Anak Hidup dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Jumlah Anak Hidup	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%			
a. < 2 anak	1569	97,5	30	2,5		1,0	
b. 2-3 anak	3069	95,7	126	4,3	0,036	1,8	1,0-3,0
c. > 3 anak	990	96,8	28	3,2	0,505	1,1	0,8-1,6

Berdasarkan tabel di atas, pria yang memiliki dua hingga tiga anak berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi 1,8 kali lebih tinggi dibanding pria yang masih memiliki kurang dari 2 anak hidup (95% CI: 1,0-3,0).

5.2.11 Hubungan Diskusi KB dengan Istri dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Proporsi partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang berdiskusi dengan istrinya adalah sebesar 5,8%, sedangkan partisipasi penggunaan

kontrasepsi modern pada pria yang tidak berdiskusi dengan istrinya yaitu sebesar 2,7%. Berdasarkan Tabel 5.37, terdapat perbedaan penggunaan kontrasepsi modern antara pria yang berdiskusi dengan istrinya dengan pria yang tidak berdiskusi dengan istrinya (nilai $p=0,005$).

Tabel 5.37 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Diskusi KB dengan Istri dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Diskusi KB dengan Istri	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%			
a. Tidak ada	3934	97,3	92	2,7		1,0	
b. Ada	1694	94,2	92	5,8	0,005	2,2	1,5-3,4

Pria yang berdiskusi KB dengan istri memiliki partisipasi penggunaan kontrasepsi 2,2 kali lebih tinggi dibanding pria yang tidak berdiskusi KB dengan istrinya (95% CI: 1,5-3,4).

5.2.12 Hubungan Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan adalah 5,7%, dan hanya 2,4% pada pria yang tidak berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan

Tabel 5.38 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Diskusi KB dengan nakes	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%			
a. Tidak ada	3551	97,6	74	2,4		1,0	
b. Ada	2077	94,3	110	5,7	0,005	2,5	1,5-4,0

Berdasarkan tabel 5.38 terlihat perbedaan penggunaan kontrasepsi modern antara pria yang berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan dengan pria yang tidak berdiskusi dengan tenaga kesehatan (nilai $p=0,005$). Pria yang berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan, 2,5 kali partisipasinya dalam penggunaan kontrasepsi modern dibanding pria yang tidak berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan (95% CI: 1,5-4,0).

5.2.13 Hubungan Keterpaparan KB melalui Media dengan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern

Media sebagai salah satu sarana penyalur informasi, terlihat berpengaruh terhadap partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria. Proporsi partisipasi pria yang menggunakan kontrasepsi modern pada yang terpapar KB melalui media adalah sebesar 4,2%, sedangkan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang tidak terpapar KB melalui media hanya sebesar 2,4%. Secara statistik penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang terpapar KB melalui media, berbeda dengan pria yang tidak terpapar KB melalui media (nilai $p=0,020$). Berdasarkan Tabel 5.39, penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang terpapar KB melalui media 1,8 kali lebih tinggi dibanding pria yang tidak terpapar KB melalui media (95% CI: 1,1-2,9).

Tabel 5.39 Distribusi Frekuensi Pria Kawin Usia 15-54 Tahun menurut Keterpaparan KB melalui Media dan Penggunaan Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Keterpaparan KB melalui media	Penggunaan Kontrasepsi Modern				p-val	OR	95% CI
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%			
a. Tidak ada	2111	97,6	37	2,4		1,0	
b. Ada	3517	95,8	147	4,2	0,020	1,8	1,1-2,9

5.3 Analisis Multivariabel

Setelah melihat hubungan masing-masing variabel independen terhadap partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria, maka perlu dipastikan bahwa benar variabel tersebut merupakan determinan penggunaan kontrasepsi pada pria, dan bukan variabel lain. Oleh karena itu, perlu dilakukan analisis multivariabel, dengan mengikutsertakan seluruh variabel ke dalam analisis secara bersamaan.

5.3.1 Seleksi Bivariabel

Sebelum memasukkan variabel ke dalam analisis multivariabel, variabel-variabel kandidat determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria tersebut harus diseleksi. Variabel yang akan dimasukkan ke pemodelan multivariabel hanya variabel yang secara substansi benar berhubungan dengan

penggunaan kontrasepsi, dan nilai p hasil analisis kedua variabel tidak lebih dari 0,250.

Berdasarkan hasil analisis bivariabel pada subbab sebelumnya, maka hasil seleksi bivariabel dapat dilihat pada Tabel 5.40 berikut.

Tabel 5.40 Hasil Analisis Bivariabel sebagai Kandidat Pemodelan

Variabel	Nilai p	Keputusan
Pengetahuan kondom dan masa subur	0,005	dimasukkan ke pemodelan
Pengetahuan vasektomi	0,013	dimasukkan ke pemodelan
Persepsi: KB urusan wanita	0,005	dimasukkan ke pemodelan
Persepsi mengenai kondom	0,005	dimasukkan ke pemodelan
Persepsi mengenai vasektomi	0,020	dimasukkan ke pemodelan
Umur	0,347	dikeluarkan dari pemodelan
Pendidikan	0,005	dimasukkan ke pemodelan
Status sosial ekonomi	0,005	dimasukkan ke pemodelan
Keinginan Menambah anak	0,205	dimasukkan ke pemodelan
Jumlah anak hidup	0,036	dimasukkan ke pemodelan
Diskusi KB dengan Istri	0,005	dimasukkan ke pemodelan
Diskusi KB dengan Nakes	0,005	dimasukkan ke pemodelan
Keterpaparan KB melalui media	0,020	dimasukkan ke pemodelan

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa seluruh variabel yang dilakukan analisis bivariabel dapat dilanjutkan ke pemodelan multivariabel, kecuali variabel umur (nilai $p > 0,250$).

5.3.2 Model Baku Emas (*Gold Standard Model*)

Model setelah seluruh variabel yang lolos seleksi bivariabel disatukan dalam satu analisis, disebut model baku emas (*Gold Standard Model*). Model baku emas pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 5.41 Model Baku Emas Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
a. Kurang		1,0	
b. Sedang	0,005	5,1	2,5-10,4
c. Baik	0,005	9,2	4,0-20,8
Pengetahuan vasektomi			
a. Kurang		1,0	
b. Cukup baik	0,012	2,1	1,2-3,8
Persepsi: KB urusan wanita			
a. Setuju		1,0	

b. Tidak setuju	0,006	2,3	1,2-4,1
Persepsi mengenai kondom			
a. Negatif		1,0	
b. Positif	0,005	2,7	1,8-4,1
Persepsi mengenai vasektomi			
a. Negatif		1,0	
b. Positif	0,991	1,0	0,7-1,5
Pendidikan			
a. Rendah		1,0	
b. Menengah	0,341	1,3	0,7-2,5
c. Tinggi	0,550	1,3	0,6-3,0
Status sosial ekonomi			
a. Menengah ke bawah		1,0	
b. Rata-rata	0,577	1,2	0,6-2,5
c. Menengah ke atas	0,194	1,5	0,8-2,6
Keinginan menambah anak			
a. Ya		1,0	
b. Tidak	0,884	1,0	0,6-1,7
Jumlah anak hidup			
a. < 2 anak		1,0	
b. 2-3 anak	0,090	1,7	0,9-3,3
c. > 3 anak	0,236	1,7	0,7-4,0
Diskusi KB dengan Istri			
a. Tidak ada		1,0	
b. Ada	0,256	1,6	0,7-3,3
Diskusi KB dengan nakes			
a. Tidak ada		1,0	
b. Ada	0,548	1,3	0,5-3,1
Keterpaparan media			
a. Tidak ada		1,0	
b. Ada	0,952	1,0	0,6-1,7

Model diatas merupakan model yang sudah cukup valid untuk menjawab determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun. Nilai rasio odds pada model ini dianggap sebagai baku emas dari rasio odds dan menjadi pembanding dari nilai rasio odds pada model lainnya. Namun, model tersebut masih memiliki presisi yang rendah, dan model yang dibutuhkan adalah model yang valid dan *parsimony*. Model yang valid dan *parsimony* yaitu model yang memiliki presisi lebih tinggi, dan biasanya memiliki variabel yang lebih sedikit dibanding model baku emas, tetapi masih valid untuk mendapatkan nilai estimasi. Oleh karena itu, perlu dilakukan uji *confounder* pada variabel-variabel dalam model baku emas tersebut untuk memilih variabel-variabel yang pantas dipertahankan dalam model.

5.3.3 Uji Variabel *Confounder*

Uji *confounder* dilakukan dengan mengevaluasi hasil regresi logistik pada model baku emas. Evaluasi dilakukan berdasarkan nilai uji statistik Wald. Eliminasi variabel independen dimulai dari variabel yang memiliki nilai p tertinggi dan lebih besar dari nilai α (0,05).

Pada model baku emas di atas, nilai p variabel persepsi pria mengenai vasektomi memiliki nilai p terbesar, sehingga harus dikeluarkan dari model. Setelah variabel tersebut dikeluarkan, dilihat perubahan OR pada variabel lainnya, dengan membandingkannya dengan OR pada model baku emas. Apabila terdapat perubahan OR lebih dari 10%, maka variabel tersebut dikembalikan ke model dan menjadi variabel *confounder*. Namun jika perubahan OR tidak ada yang melebihi 10%, maka variabel tersebut dikeluarkan dari model. Model setelah variabel persepsi mengenai vasektomi dikeluarkan sebagai berikut.

Tabel 5.42 Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Persepsi mengenai Vasektomi Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Kurang		1,0	
- Sedang	0,005	5,1	2,5-10,4
- Baik	0,005	9,2	4,0-20,7
Pengetahuan vasektomi			
- Kurang		1,0	
- Cukup baik	0,012	2,1	1,2-3,8
Persepsi: KB urusan wanita			
- Setuju		1,0	
- Tidak setuju	0,007	2,3	1,3-4,1
Persepsi mengenai kondom			
- Negatif		1,0	
- Positif	0,005	2,7	1,8-4,1
Pendidikan			
- Rendah		1,0	
- Menengah	0,342	1,3	0,7-2,5
- Tinggi	0,551	1,3	0,6-3,0
Status sosial ekonomi			
- Menengah ke bawah		1,0	
- Rata-rata	0,578	1,2	0,6-2,5
- Menengah ke atas	0,200	1,5	0,8-2,6
Keinginan menambah anak			
- Ya		1,0	
- Tidak	0,884	1,0	0,6-1,7
Jumlah anak hidup			
- < 2 anak		1,0	

- 2-3 anak	0,090	1,7	0,9-3,3
- > 3 anak	0,236	1,7	0,7-4,0
Diskusi KB dengan Istri			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,257	1,6	0,7-3,3
Diskusi KB dengan nakes			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,549	1,3	0,5-3,1
Keterpaparan KB melalui media			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,951	1,0	0,6-1,7

Perubahan OR pada variabel independen lain setelah variabel persepsi mengenai vasektomi dikeluarkan adalah sebagai berikut.

Tabel 5.43 Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Persepsi mengenai Vasektomi Dikeluarkan

Variabel	OR Gold Standar	OR persepsi vasektomi dikeluarkan	Δ OR (%)
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Sedang	5,1	5,1	0,0
- Baik	9,2	9,2	0,0
Pengetahuan vasektomi	2,1	2,1	0,0
Persepsi: KB urusan wanita	2,3	2,3	0,0
Persepsi mengenai kondom	2,7	2,7	0,0
Pendidikan			
- Menengah	1,3	1,3	0,0
- Tinggi	1,3	1,3	0,0
Status sosial ekonomi			
- Rata-rata	1,2	1,2	0,0
- Menengah ke atas	1,5	1,5	0,0
Keinginan menambah anak	1,0	1,0	0,0
Jumlah anak hidup			
- 2-3 anak	1,7	1,7	0,0
- > 3 anak	1,7	1,7	0,0
Diskusi KB dengan Istri	1,6	1,6	0,0
Diskusi KB dengan nakes	1,3	1,3	0,0
Keterpaparan KB melalui media			

Pada tabel diatas, diketahui bahwa tidak ada perubahan OR yang melebihi 10%. Oleh karena itu, variabel persepsi mengenai vasektomi dikeluarkan dari model. Selanjutnya variabel dengan nilai p terbesar yang harus dikeluarkan, yaitu variabel keterpaparan KB melalui media. Model setelah variabel keterpaparan KB melalui media dikeluarkan, yaitu sebagai berikut.

Tabel 5.44 Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Keterpaparan KB melalui Media Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Kurang		1,0	
- Sedang	0,005	5,1	2,5-10,4
- Baik	0,005	9,2	4,1-20,6
Pengetahuan vasektomi			
- Kurang		1,0	
- Cukup baik	0,011	2,1	1,2-3,8
Persepsi: KB urusan wanita			
- Setuju		1,0	
- Tidak setuju	0,007	2,3	1,3-4,1
Persepsi mengenai kondom			
- Negatif		1,0	
- Positif	0,005	2,7	1,8-4,1
Pendidikan			
- Rendah		1,0	
- Menengah	0,341	1,4	0,7-2,5
- Tinggi	0,548	1,3	0,6-3,0
Status sosial ekonomi			
- Menengah ke bawah		1,0	
- Rata-rata	0,564	1,2	0,6-2,4
- Menengah ke atas	0,185	1,5	0,8-2,6
Keinginan menambah jumlah anak			
- Ya		1,0	
- Tidak	0,881	1,0	0,6-1,7
Jumlah anak hidup			
- < 2 anak		1,0	
- 2-3 anak	0,086	1,7	0,9-3,3
- > 3 anak	0,231	1,7	0,7-3,9
Diskusi KB dengan Istri			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,257	1,6	0,7-3,3
Diskusi KB dengan nakes			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,545	1,3	0,5-3,1

Perubahan OR setelah variabel keterpaparan KB melalui media dikeluarkan adalah sebagai berikut.

Tabel 5.45 Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Keterpaparan KB melalui Media Dikeluarkan

Variabel	OR Gold Standar	OR Keterpaparan Media dikeluarkan	Δ OR (%)
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Sedang	5,1	5,1	0,1
- Baik	9,2	9,2	0,1
Pengetahuan vasektomi	2,1	2,1	0,0

Persepsi: KB urusan wanita	2,3	2,3	0,0
Persepsi mengenai kondom	2,7	2,7	0,0
Pendidikan			
- Menengah	1,3	1,4	0,2
- Tinggi	1,3	1,3	0,3
Status sosial ekonomi			
- Rata-rata	1,2	1,2	0,2
- Menengah ke atas	1,5	1,5	0,3
Keinginan menambah anak	1,0	1,0	0,1
Jumlah anak hidup			
- 2-3 anak	1,7	1,7	-0,1
- > 3 anak	1,7	1,7	-0,1
Diskusi KB dengan Istri	1,6	1,6	0,0
Diskusi KB dengan nakes	1,3	1,3	0,2

Berdasarkan perhitungan perubahan OR diatas, terlihat bahwa tidak ada perubahan OR yang melebihi 10% setelah variabel keterpaparan KB melalui media dikeluarkan. Oleh karena itu, variabel tersebut tetap dikeluarkan dari model. Variabel berikutnya yang dicoba untuk dikeluarkan dari model adalah keinginan menambah jumlah anak. Model yang dihasilkan adalah sebagai berikut.

Tabel 5.46 Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Keinginan Menambah Jumlah Anak Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Kurang		1,0	
- Sedang	0,005	5,1	2,5-10,4
- Baik	0,005	9,2	4,1-20,6
Pengetahuan vasektomi			
- Kurang		1,0	
- Cukup baik	0,011	2,1	1,2-3,8
Persepsi: KB urusan wanita			
- Setuju		1,0	
- Tidak setuju	0,007	2,3	1,3-4,1
Persepsi mengenai kondom			
- Negatif		1,0	
- Positif	0,005	2,7	1,8-4,1
Pendidikan			
- Rendah		1,0	
- Menengah	0,347	1,3	0,7-2,5
- Tinggi	0,558	1,3	0,6-3,0
Status sosial ekonomi			
- Menengah ke bawah		1,0	
- Rata-rata	0,557	1,2	0,6-2,4
- Menengah ke atas	0,181	1,5	0,8-2,6
Jumlah anak hidup			
- < 2 anak		1,0	
- 2-3 anak	0,031	1,8	1,1-3,0

- > 3 anak	0,149	1,7	0,8-3,6
Diskusi KB dengan Istri			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,258	1,5	0,7-3,3
Diskusi KB dengan nakes			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,539	1,3	0,6-3,1

Perubahan OR setelah variabel keinginan menambah jumlah anak dikeluarkan adalah sebagai berikut.

Tabel 5.47 Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Keinginan Menambah Jumlah Anak Dikeluarkan

Variabel	OR Gold Standar	OR keinginan menambah anak dikeluarkan	Δ OR (%)
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Sedang	5,1	5,1	0,2
- Baik	9,2	9,2	0,3
Pengetahuan vasektomi	2,1	2,1	0,4
Persepsi: KB urusan wanita	2,3	2,3	0,0
Persepsi mengenai kondom	2,7	2,7	0,1
Pendidikan			
- Menengah	1,3	1,3	0,0
- Tinggi	1,3	1,3	-0,2
Status sosial ekonomi			
- Rata-rata	1,2	1,2	0,4
- Menengah ke atas	1,5	1,5	0,6
Jumlah anak hidup			
- 2-3 anak	1,7	1,8	2,2
- > 3 anak	1,7	1,7	2,8
Diskusi KB dengan Istri	1,6	1,5	-0,4
Diskusi KB dengan Nakes	1,3	1,3	0,4

Berdasarkan tabel di atas, tidak terdapat perubahan OR > 10 % setelah variabel keinginan menambah jumlah anak dikeluarkan. Selanjutnya perubahan variabel yang harus dikeluarkan adalah diskusi KB dengan tenaga kesehatan. Model yang didapat setelah diskusi KB dengan tenaga kesehatan dikeluarkan adalah sebagai berikut.

Tabel 5.48 Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Persepsi mengenai Vasektomi Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Kurang		1,0	
- Sedang	0,005	5,2	2,6-10,6
- Baik	0,005	9,4	4,2-21,1

Pengetahuan vasektomi			
- Kurang		1,0	
- Cukup baik	0,011	2,1	1,2-3,8
Persepsi: KB urusan wanita			
- Setuju		1,0	
- Tidak setuju	0,007	2,3	1,3-4,1
Persepsi mengenai kondom			
- Negatif		1,0	
- Positif	0,005	2,8	1,8-4,1
Pendidikan			
- Rendah		1,0	
- Menengah	0,316	1,4	0,7-2,5
- Tinggi	0,505	1,3	0,6-3,0
Status sosial ekonomi			
- Menengah ke bawah		1,0	
- Rata-rata	0,563	1,2	0,6-2,4
- Menengah ke atas	0,182	1,5	0,8-2,6
Jumlah anak hidup			
- < 2 anak		1,0	
- 2-3 anak	0,031	1,8	1,1-3,0
- > 3 anak	0,154	1,7	0,8-3,6
Diskusi KB dengan Istri			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,004	1,9	1,2-3,0

Perubahan OR masing-masing variabel setelah variabel diskusi KB dengan tenaga kesehatan dikeluarkan adalah sebagai berikut.

Tabel 5.49 Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan Dikeluarkan

Variabel	OR Gold Standar	OR diskusi KB dengan nakes dikeluarkan	Δ OR (%)
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Sedang	5,1	5,2	1,5
- Baik	9,2	9,4	2,7
Pengetahuan vasektomi	2,1	2,1	0,6
Persepsi: KB urusan wanita	2,3	2,3	0,2
Persepsi mengenai kondom	2,7	2,8	0,8
Pendidikan			
- Menengah	1,3	1,4	1,3
- Tinggi	1,3	1,3	2,7
Status sosial ekonomi			
- Rata-rata	1,2	1,2	0,0
- Menengah ke atas	1,5	1,5	0,7
Jumlah anak hidup			
- 2-3 anak	1,7	1,8	2,5
- > 3 anak	1,7	1,7	2,1
Diskusi KB dengan Istri	1,6	1,9	23,9

Berdasarkan perhitungan perubahan OR diatas, terlihat bahwa terjadi perubahan OR sebesar 23,9% (>10%) pada variabel diskusi KB dengan Istri,

sehingga variabel diskusi KB dengan nakes dikembalikan ke dalam model, dan berperan sebagai *confounder*. Variabel selanjutnya yang dicoba untuk dikeluarkan adalah pendidikan. Model setelah variabel pendidikan dikeluarkan adalah sebagai berikut.

Tabel 5.50 Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Pendidikan Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Kurang		1,0	
- Sedang	0,005	5,2	2,6-10,5
- Baik	0,005	9,5	4,2-21,4
Pengetahuan vasektomi			
- Kurang		1,0	
- Cukup baik	0,009	2,2	1,2-3,9
Persepsi: KB urusan wanita			
- Setuju		1,0	
- Tidak setuju	0,002	2,4	1,4-4,2
Persepsi mengenai kondom			
- Negatif		1,0	
- Positif	0,005	2,7	1,8-4,1
Status sosial ekonomi			
- Menengah ke bawah		1,0	
- Rata-rata	0,494	1,3	0,6-2,5
- Menengah ke atas	0,116	1,6	0,9-2,8
Jumlah anak hidup			
- < 2 anak		1,0	
- 2-3 anak	0,037	1,8	1,0-3,0
- > 3 anak	0,173	1,7	0,8-3,5
Diskusi KB dengan Istri			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,264	1,5	0,7-3,3
Diskusi KB dengan nakes			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,499	1,3	0,6-3,1

Setelah variabel pendidikan dikeluarkan, perubahan OR yang terjadi pada variabel independen lainnya adalah sebagai berikut.

Tabel 5.51 Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Pendidikan Dikeluarkan

Variabel	OR Gold Standar	OR pendidikan dikeluarkan	Δ OR (%)
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Sedang	5,1	5,2	1,4
- Baik	9,2	9,5	4,0
Pengetahuan vasektomi	2,1	2,2	2,1

Persepsi: KB urusan wanita	2,3	2,4	6,0
Persepsi mengenai kondom	2,7	2,7	-0,7
Status sosial ekonomi			
- Rata-rata	1,2	1,3	4,1
- Menengah ke atas	1,5	1,6	8,3
Jumlah anak hidup			
- 2-3 anak	1,7	1,8	0,6
- > 3 anak	1,7	1,7	-0,5
Diskusi KB dengan Istri	1,6	1,5	-0,6
Diskusi KB dengan nakes	1,3	1,3	2,7

Pada tabel diatas, terlihat bahwa tidak ada variabel yang mengalami perubahan OR lebih dari 10% setelah variabel pendidikan dikekuarkan. Dengan demikian variabel pendidikan tetap dikeluarkan, dan variabel selanjutnya yang akan dikeluarkan adalah diskusi KB dengan Istri. Model yang dihasilkan adalah sebagai berikut.

Tabel 5.52 Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Diskusi KB dengan Istri Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Kurang		1,0	
- Sedang	0,005	5,1	2,5-10,3
- Baik	0,005	9,2	4,1-20,7
Pengetahuan vasektomi			
- Kurang		1,0	
- Cukup baik	0,010	2,1	1,2-3,8
Persepsi: KB urusan wanita			
- Setuju		1,0	
- Tidak setuju	0,002	2,4	1,4-4,2
Persepsi mengenai kondom			
- Negatif		1,0	
- Positif	0,005	2,7	1,8-3,9
Status sosial ekonomi			
- Menengah ke bawah		1,0	
- Rata-rata	0,448	1,3	0,6-2,5
- Menengah ke atas	0,117	1,6	0,9-2,8
Jumlah anak hidup			
- < 2 anak		1,0	
- 2-3 anak	0,042	1,7	1,0-3,0
- > 3 anak	0,177	1,7	0,8-3,5
Diskusi KB dengan nakes			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,013	1,9	1,1-3,1

Perubahan OR setelah variabel diskusi KB dengan Istri dikeluarkan, dapat dijelaskan melalui tabel berikut.

Tabel 5.53 Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Diskusi KB dengan Istri Dikeluarkan

Variabel	OR Gold Standar	OR diskusi dengan Istri dikeluarkan	Δ OR (%)
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Sedang	5,1	5,1	-1,0
- Baik	9,2	9,2	0,6
Pengetahuan vasektomi	2,1	2,1	1,1
Persepsi: KB urusan wanita	2,3	2,4	6,6
Persepsi mengenai kondom	2,7	2,7	-2,8
Status sosial ekonomi			
- Rata-rata	1,2	1,3	4,4
- Menengah ke atas	1,5	1,6	7,4
Jumlah anak hidup			
- 2-3 anak	1,7	1,7	-0,7
- > 3 anak	1,7	1,7	-0,9
Diskusi KB dengan nakes	1,3	1,9	44,8

Setelah variabel diskusi KB dengan Istri dikeluarkan terlihat bahwa terjadi perubahan OR sebesar 43,9% pada variabel diskusi KB dengan tenaga kesehatan. Dengan demikian variabel diskusi KB dengan istri merupakan *confounder*, dan harus dikembalikan ke model. Variabel berikutnya yang diuji untuk dikeluarkan adalah status sosial ekonomi.

Tabel 5.54 Model Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia setelah Variabel Status Sosial Ekonomi Dikeluarkan (Analisis SDKI 2012)

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Kurang		1,0	
- Sedang	0,005	5,4	2,7-10,8
- Baik	0,005	10,4	4,6-23,3
Pengetahuan vasektomi			
- Kurang		1,0	
- Cukup baik	0,006	2,2	1,3-4,0
Persepsi: KB urusan wanita			
- Setuju		1,0	
- Tidak setuju	0,001	2,5	1,5-4,3
Persepsi mengenai kondom			
- Negatif		1,0	
- Positif	0,005	2,8	1,8-4,1
Jumlah anak hidup			
- < 2 anak		1,0	
- 2-3 anak	0,027	1,8	1,1-3,1
- > 3 anak	0,183	1,7	0,8-3,5
Diskusi KB dengan Istri			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,271	1,5	0,7-3,2
Diskusi KB dengan nakes			

- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,445	1,4	0,6-3,2

Setelah variabel status sosial ekonomi dikeluarkan, maka perubahan OR yang terjadi pada variabel lainnya disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.55 Perubahan OR Variabel Independen setelah Variabel Status Sosial Ekonomi Dikeluarkan

Variabel	OR Gold Standar	OR Sosek dikeluarkan	Δ OR (%)
Pengetahuan kondom			
- Baik	5,1	5,4	4,7
- Baik dan juga tahu masa subur	9,2	10,4	13,5
Pengetahuan vasektomi	2,1	2,2	5,5
Persepsi: KB urusan wanita	2,3	2,5	12,5
Persepsi mengenai kondom	2,7	2,8	0,9
Jumlah anak hidup			
- 2-3 anak	1,7	1,8	3,8
- > 3 anak	1,7	1,7	-1,2
Diskusi KB dengan Istri	1,6	1,5	-2,2
Diskusi KB dengan nakes	1,3	1,4	5,7

Berdasarkan tabel di atas terlihat perubahan OR melebihi 10% pada variabel pengetahuan kondom dan masa subur, serta persepsi; KB urusan wanita. Oleh karena itu, variabel status sosial dan ekonomi dimasukkan kembali ke dalam model, dan berperan sebagai *confounder*.

Dengan demikian, diketahui bahwa variabel persepsi mengenai vasektomi, keterpaparan KB melalui media, keinginan menambah anak, dan pendidikan dikeluarkan dari model. Sedangkan variabel diskusi KB dengan tenaga kesehatan, diskusi KB dengan istri, dan status sosial ekonomi berperan sebagai *confounder* pada penelitian ini, sehingga tetap dimasukkan ke dalam model. Dan variabel lainnya yaitu pengetahuan terkait kondom dan vasektomi, pendapat KB merupakan urusan wanita, persepsi mengenai kondom, dan jumlah anak hidup merupakan determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin. Dengan demikian, model yang didapat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.56 Model Multivariat Hasil Uji *Confounder*

Variabel	p-val	OR	95% CI
Pengetahuan kondom dan masa subur			
- Kurang		1,0	
- Sedang	0,005	5,2	2,6-10,5
- Baik	0,005	9,5	4,2-21,4

Pengetahuan vasektomi			
- Kurang		1,0	
- Cukup baik	0,009	2,2	1,2-3,9
Persepsi: KB urusan wanita			
- Setuju		1,0	
- Tidak setuju	0,002	2,4	1,4-4,2
Persepsi mengenai kondom			
- Negatif		1,0	
- Positif	0,005	2,7	1,8-4,1
Status sosial ekonomi			
- Menengah ke bawah		1,0	
- Rata-rata	0,494	1,3	0,6-2,5
- Menengah ke atas	0,116	1,6	0,9-2,8
Jumlah anak hidup			
- < 2 anak		1,0	
- 2-3 anak	0,037	1,8	1,0-3,0
- > 3 anak	0,173	1,7	0,8-3,5
Diskusi KB dengan Istri			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,264	1,5	0,7-3,3
Diskusi KB dengan nakes			
- Tidak ada		1,0	
- Ada	0,499	1,3	0,6-3,1

5.3.4 Uji Interaksi

Langkah selanjutnya adalah evaluasi interaksi antar variabel. Interaksi antar variabel dibuat berdasarkan pertimbangan substansi kemudian dilakukan uji statistik untuk menentukan apakah interaksi ini layak masuk dalam model regresi logistik. Uji interaksi dilakukan dengan menggunakan metode *forward*, yaitu variabel interaksi dimasukkan satu persatu ke dalam model, kemudian dilihat nilai uji statistiknya. Variabel independen dinilai berinteraksi jika nilai p variabel interaksi kurang dari 0,05. Berdasarkan Tabel 5.9 terlihat bahwa tidak ada variabel independen yang berinteraksi sebagai determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin.

Tabel 5.57 Analisis Multivariabel Uji Interaksi

No	Dugaan Variabel Interaksi	p-val	Keterangan
1	Pengetahuan kondom*diskusi dengan nakes	0,304	Tidak ada interaksi
2	Pengetahuan vasektomi*diskusi dengan nakes	0,685	Tidak ada interaksi
3	KB urusan wanita* diskusi dengan nakes	0,292	Tidak ada interaksi
4	Pengetahuan vasektomi*diskusi dengan Istri	0,392	Tidak ada interaksi
5	Pengetahuan kondom*sosek	0,285	Tidak ada interaksi
6	Pengetahuan vasektomi*sosek	0,074	Tidak ada interaksi

7	Jumlah anak hidup*sosek	0,235	Tidak ada interaksi
8	Persepsi kondom*diskusi dengan Istri	0,422	Tidak ada interaksi
9	Persepsi kondom * diskusi dengan nakes	0,016	Ada interaksi
10	KB urusan wanita* diskusi dengan Istri	0,093	Tidak ada interaksi

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa terdapat interaksi antara persepsi kondom dengan diskusi KB dengan tenaga kesehatan. Dengan demikian terdapat beda efek persepsi kondom terhadap penggunaan kontrasepsi modern antara pria yang berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan dengan yang tidak berdiskusi dengan tenaga kesehatan, dan juga terdapat beda efek diskusi KB dengan tenaga kesehatan terhadap penggunaan kontrasepsi modern antara pria yang memiliki persepsi positif dan pria yang memiliki persepsi negatif mengenai kondom.

5.3.5 Model Akhir

Sebagaimana telah diketahui bahwa dari seluruh variabel independen yang diprediksi menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria, tidak seluruhnya merupakan variabel determinan. Persepsi mengenai vasektomi, umur, pendidikan, keinginan menambah jumlah anak, dan keterpaparan KB melalui media bukan variabel determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin. Variabel yang menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria adalah pengetahuan mengenai kondom dan masa subur, pengetahuan mengenai vasektomi, pendapat pria mengenai KB merupakan urusan wanita, persepsi mengenai kondom, dan jumlah anak hidup. Sedangkan variabel lain, yaitu status sosial ekonomi, diskusi KB dengan Istri dan diskusi KB dengan tenaga kesehatan berperan sebagai *confounder*. Dengan demikian model akhir penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 5.58 Model Akhir Determinan Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Variabel	B	p-val	OR (Exp β)	95% CI
Pengetahuan kondom				
- Cukup			1,0	
- Baik	1,6	0,005	5,1	2,5-10,2
- Baik dan juga tahu masa subur	2,2	0,005	9,2	4,2-20,9
Pengetahuan vasektomi				
- Kurang			1,0	
- Cukup baik	0,7	0,010	2,1	1,2-3,7

Persepsi: KB urusan wanita				
- Setuju			1,0	
- Tidak setuju	0,9	0,002	2,4	1,4-4,1
Persepsi mengenai kondom				
- Negatif			1,0	
- Positif	1,6	0,005	5,0	2,8-9,1
Jumlah anak hidup				
- < 2 anak			1,0	
- 2-3 anak	0,6	0,040	1,7	1,0-2,9
- > 3 anak	0,5	0,182	1,7	0,8-3,5
Diskusi KB dengan nakes				
- Tidak ada			1,0	
- Ada	1,0	0,079	2,6	0,9-7,6
Status sosial ekonomi				
- Menengah ke bawah			1,0	
- Rata-rata	0,3	0,443	1,3	0,7-2,6
- Menengah ke atas	0,5	0,098	1,6	0,9-2,9
Diskusi KB dengan Istri				
- Tidak ada			1,0	
- Ada	0,4	0,332	1,5	0,7-3,1
Persepsi kondom*diskusi KB dengan nakes	-1,0	0,016	0,4	0,2-0,8

Berdasarkan Tabel 5.58 diatas dapat diketahui bahwa variabel yang paling dominan sebagai determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun adalah pengetahuan kondom dan masa subur. Selain itu terdapat interaksi antara persepsi kondom dengan diskusi KB dengan nakes.

Interpretasi OR pada model pada Tabel 5.58 setelah dikontrol variabel independen lain dapat dinyatakan sebagai berikut.

- a. Pria kawin yang memiliki pengetahuan kondom baik, berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern yaitu 5,1 kali (95% CI: 2,5-10,2) lebih tinggi dibanding dengan pria kawin yang memiliki pengetahuan kondom cukup, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan vasektomi, pendapat mengenai KB merupakan urusan wanita, persepsi mengenai kondom, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan Nakes, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi. Sedangkan pria yang memiliki pengetahuan baik mengenai kondom dan juga mengetahui masa subur wanita berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern hingga 9,2 kali (95% CI: 4,2-20,9) lebih tinggi dibanding pria yang memiliki pengetahuan kondom cukup, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan vasektomi, pendapat mengenai KB merupakan urusan wanita,

persepsi mengenai kondom, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan Nakes, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi.

b. Pria kawin yang memiliki pengetahuan vasektomi cukup baik, berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern yaitu 2,1 kali (95% CI: 1,2-3,7) lebih tinggi dibanding dengan pria kawin yang memiliki pengetahuan vasektomi kurang, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan kondom dan masa subur, pendapat mengenai KB merupakan urusan wanita, persepsi mengenai kondom, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan Nakes, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi.

c. Pria kawin yang tidak setuju bahwa KB merupakan urusan wanita, berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern yaitu 2,4 kali (95% CI: 1,4-4,1) lebih tinggi dibanding dengan pria kawin yang setuju bahwa KB merupakan urusan wanita, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan kondom dan masa subur, pengetahuan vasektomi, persepsi mengenai kondom, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan Nakes, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi.

d. Persepsi Kondom

$$OR_{\text{Persepsi Kondom}} = \exp^{(1,6 + (-1,0)(\text{diskusi KB dengan nakes})}$$

Berdasarkan perhitungan dari persamaan diatas, didapatkan nilai OR persepsi kondom untuk masing-masing kelompok pria menurut diskusi KB dengan nakes sebagai berikut.

Tabel 5.59 Odds Ratio Persepsi Kondom terhadap Penggunaan Kontrasepsi Modern Pria Kawin Usia 15-54 Tahun berdasarkan Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012)

Diskusi KB dengan Nakes	B	p-val	OR	95% CI
- Tidak ada	1,6	0,005	5,0	2,8-9,1
- Ada	0,6	0,037	1,8	1,0-3,2

Pada kelompok yang tidak berdiskusi mengenai KB dengan tenaga kesehatan; pria kawin yang memiliki persepsi positif terkait kondom berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern yaitu 5,0 kali (95%

CI: 2,8-9,1) lebih tinggi dibanding pria kawin yang memiliki persepsi negatif terkait kondom, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan kondom dan masa subur, pengetahuan vasektomi, pendapat mengenai KB merupakan urusan wanita, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi.

Sedangkan pada kelompok yang berdiskusi mengenai KB dengan tenaga kesehatan; pria kawin yang memiliki persepsi positif terkait kondom berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern yaitu hanya 1,8 kali (95% CI: 1,0-3,2) lebih tinggi dibanding pria kawin yang memiliki persepsi negatif terkait kondom, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan kondom dan masa subur, pengetahuan vasektomi, pendapat mengenai KB merupakan urusan wanita, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi.

- e. Pria kawin yang memiliki 2-3 anak hidup berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern yaitu 1,7 kali (95% CI: 1,0-2,9) lebih tinggi dibanding dengan pria kawin yang hanya memiliki kurang dari 2 anak hidup, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan kondom dan masa subur, pengetahuan vasektomi, pendapat mengenai KB merupakan urusan wanita, persepsi mengenai kondom, diskusi KB dengan tenaga kesehatan, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi. Sedangkan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin yang memiliki lebih dari 3 anak hidup tidak berbeda dengan pria kawin yang memiliki kurang dari 2 anak hidup.

- f. Diskusi KB dengan tenaga kesehatan

$$OR_{\text{Diskusi KB dengan nakes}} = \exp^{(1,0 + (-1,0)(\text{persepsi mengenai kondom})}$$

Berdasarkan perhitungan dari persamaan diatas, didapatkan nilai OR diskusi KB dengan tenaga kesehatan untuk masing-masing kelompok pria menurut persepsinya mengenai kondom sebagai berikut.

Tabel 5.60 Odds Ratio Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan terhadap Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria Kawin Usia 15-54 Tahun berdasarkan Persepsi mengenai Kondom di Indonesia

(Analisis Data SDKI 2012)

Persepsi Kondom	B	p-val	OR	95% CI
- Negatif	1,0	0,079	2,6	0,9-7,6
- Positif	-0,1	0,893	0,9	0,4-2,1

Pada kelompok yang memiliki persepsi negatif mengenai kondom; pria kawin yang berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern yaitu 2,6 kali (95% CI: 0,9-7,6) lebih tinggi dibanding pria kawin yang tidak berdiskusi dengan tenaga kesehatan, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan kondom dan masa subur, pengetahuan vasektomi, pendapat mengenai KB merupakan urusan wanita, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi.

Sedangkan pada kelompok yang memiliki persepsi positif mengenai kondom; pria kawin yang berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan memiliki partisipasi penggunaan kontrasepsi modern yang sama dengan pria kawin yang tidak berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan, pada kelompok pria yang memiliki kesamaan pengetahuan kondom dan masa subur, pengetahuan vasektomi, pendapat mengenai KB merupakan urusan wanita, jumlah anak hidup, diskusi KB dengan Istri, dan status sosial ekonomi.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2012 dengan jumlah observasi sebesar 5812 pria. Keterbatasan dalam menggunakan data SDKI yaitu penentuan variabel-variabel penelitian harus disesuaikan dengan pertanyaan yang ada.

Beberapa variabel dikonstruksi terbatas dari beberapa pertanyaan mendukung yang ada pada kuesioner, sehingga peneliti tidak sepenuhnya dapat mengeksplorasi lebih detail jika pertanyaan tersebut tidak ada pada kuesioner. Misalnya variabel pengetahuan dan persepsi merupakan bentuk komposit dari beberapa pertanyaan yang terdapat pada kuesioner. Akan tetapi pertanyaan pengetahuan kontrasepsi pada kuesioner tidak begitu mendalam, sehingga pengetahuan dan persepsi responden terkait KB, khususnya kontrasepsi tidak sepenuhnya tergali. Oleh karena itu ada kemungkinan bias yang mungkin terjadi, yaitu bias *missclassification* pada variabel pengetahuan ataupun persepsi, karena keterbatasan pertanyaan mengenai pengetahuan KB ataupun kontrasepsi pada kuesioner SDKI, sehingga ada kemungkinan pengetahuan pria sebenarnya lebih baik atau lebih buruk jika ditanyakan lebih detail mengenai kontrasepsi. Begitu juga dengan variabel persepsi.

Hal lain yang sangat disayangkan yaitu terdapat beberapa pertanyaan pada kuesioner SDKI yang dapat mendukung penelitian ini, akan tetapi tidak ditanyakan kepada seluruh responden, sehingga pertanyaan tersebut tidak dapat digunakan pada penelitian ini. Selain itu, banyak pertanyaan yang *missing*, tidak tahu, dan tidak menjawab, sehingga sangat banyak data yang harus dieksklusi dari sampel penelitian yang akan dianalisis.

Meskipun demikian, instrumen yang digunakan SDKI cukup baik untuk beberapa variabel komposit lainnya. Misalnya penilaian status ekonomi pada SDKI yang diukur melalui *quintile wealth index*, dinilai cukup valid dan reliabel karena status ekonomi responden tidak hanya diukur berdasarkan pendapatan ataupun pengeluaran, tetapi juga memperhitungkan kepemilikan aset rumah

tangga, termasuk ternak dan lahan pertanian, sehingga kekayaan penduduk desa dan kota sepadan untuk dibandingkan.

6.2 Partisipasi Penggunaan Kontrasepsi Modern pada Pria

Hasil penelitian ini menunjukkan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin adalah sebesar 3,6% (95% CI: 2,9% - 4,9%), dengan rincian 3,3% pengguna kondom, dan 0,4% pengguna vasektomi. Perhitungan ini tidak jauh berbeda dari laporan SDKI 2012, yang menyebutkan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin sebesar 2,7%. Perbedaan yang ada kemungkinan disebabkan oleh kriteria inklusi dan eksklusi, serta jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini. Proporsi ini masih sangat rendah, dan jauh dari ekspektasi RPJMN 2010-2014, yang menargetkan penggunaan kontrasepsi pria sebesar 5%.

Pada penelitian Ahmad (2009) yang juga menganalisis data SDKI 2002, proporsi pengguna kondom yaitu sebesar 2,4%, dan pengguna vasektomi sebesar 0,5%. Jika diperhitungkan dengan kesertaan KB alami, partisipasi KB pria di Indonesia tahun 2002 yaitu sebesar 4,4%. Dilihat dari periode 1991-1994, partisipasi KB pria 3,5% dan pada periode 1997 meningkat menjadi 5,9% dan pada periode 2002 kembali turun menjadi 4,4%. Angka ini merupakan yang terendah dibandingkan dengan berbagai negara di Asia antara lain meliputi Malaysia (16,8%), Bangladesh (13,9%), dan Iran (13%).

Berdasarkan Laporan SDKI 2007, diketahui partisipasi KB pria di Indonesia hanya sebesar 5,4%, dan diantaranya hanya 2,7% pengguna kontrasepsi modern (MOP: 0,4% dan kondom: 2,5%) (Statistic Indonesia dan Macro International, 2008). Berbeda pada penelitian Kabagenyi (2014^b) di Uganda, penggunaan kontrasepsi modern disana cukup lebih baik, sebanyak 17,0% pasangan menggunakan kondom, tetapi tidak ada laporan adanya penggunaan sterilisasi pria.

Menurut WHO dalam Ahmad (2009), rendahnya partisipasi pria karena keterbatasan metode kontrasepsi yang tersedia bagi pria. Bahkan dari empat metode kontrasepsi pria yang dikenal di Indonesia, BKKBN hanya menganjurkan kondom dan vasektomi, karena metode kontrasepsi alami, seperti pantang berkala

dan senggama terputus dinilai kurang ideal karena memiliki angka kegagalan yang tinggi.

6.3 Pengetahuan

Hasil penelitian ini menunjukkan pengetahuan kondom dan masa subur merupakan faktor determinan paling dominan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria. Jika dilihat dari pengetahuan kondom dan masa subur, penggunaan kontrasepsi modern tertinggi terletak pada kelompok pria yang memiliki pengetahuan mengenai kondom dan masa subur baik, yaitu sebesar 8,8%. Meskipun demikian, pria yang cukup baik mengetahui kondom tanpa mengetahui masa subur juga memiliki proporsi penggunaan kontrasepsi modern yang cukup tinggi, yaitu sebesar 3,5%. Pria yang memiliki pengetahuan kondom dan masa subur yang baik, memiliki partisipasi 9,2 kali dibanding pria dengan pengetahuan kondom yang kurang (95% CI: 4,2-20,9), dan pria yang mengetahui kondom dengan baik meskipun tidak mengetahui masa subur, memiliki partisipasi sebesar 5,1 kali dibanding pria dengan pengetahuan kondom dan masa subur yang kurang (95% CI: 2,5-10,2).

Pengetahuan merupakan faktor predisposisi untuk berperilaku (Notoatmodjo, 2005). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang, salah satunya tindakan untuk menjadi peserta KB atau tidak menjadi peserta KB. Pengetahuan mengenai kondom dan masa subur menjadi faktor paling dominan, dapat dikarenakan pria yang memiliki pengetahuan baik mengenai kondom dan masa subur telah mempertimbangkan baik dan buruknya kontrasepsi yang digunakan berdasarkan pengetahuan yang mereka miliki. Dengan pengetahuan tersebut pria juga dapat mengoptimalkan penggunaan kontrasepsi dan menjadikannya lebih efektif, sehingga angka kegagalan pemakaiannya pun lebih rendah. Selain itu, kombinasi antara penggunaan kondom di masa subur dan tidak menggunakannya di masa tidak subur, dapat menjadi pilihan bagi pria agar tidak terus menerus menggunakan kondom saat berhubungan seksual.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pria sudah mengetahui bahwa kondom tidak dapat dipakai ulang dan kondom dapat melindungi diri dari penyakit. Akan tetapi pengetahuan pria mengenai masa subur

di Indonesia masih rendah, berdasarkan hasil analisis diketahui hanya 16,1% yang mengetahui masa subur wanita. Oleh karena itu, salah satu pengetahuan yang perlu ditingkatkan adalah pengetahuan mengenai masa subur wanita.

Begitu juga pada pria dengan pengetahuan vasektomi yang cukup baik, memiliki proporsi penggunaan kontrasepsi modern sebesar 10,1%, meskipun secara absolut hanya 31 pria dengan pengetahuan cukup yang berpartisipasi. Hal ini dikarenakan sebagian besar pria memiliki pengetahuan yang kurang mengenai vasektomi. Akan tetapi secara keseluruhan terlihat hubungan pengetahuan mengenai kontrasepsi modern pria dengan penggunaannya. Kelompok pria yang memiliki pengetahuan vasektomi yang cukup baik, berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern 2,1 kali lebih tinggi dibanding pria yang memiliki pengetahuan vasektomi kurang (95% CI: 1,2-3,7).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ndenzako (2001) dan Moyo, dkk (2012), yang menemukan asosiasi rendahnya pengetahuan pria mengenai KB dengan rendahnya partisipasi pria dalam penggunaan kontrasepsi. Hasil studi pada pria di Iran juga menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pria berbanding lurus dengan partisipasinya dalam ber-KB (Bani *et al*, 2014).

Pada dasarnya pria yang memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai kontrasepsi, akan memiliki motivasi yang lebih untuk berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi itu sendiri. Dengan pengetahuan yang dimilikinya, seorang pria dapat mempertimbangkan keputusannya dalam memilih kontrasepsi. Beberapa keuntungan alat kontrasepsi pria, seperti kondom, yang cukup efektif dalam mencegah kehamilan, mencegah penularan penyakit, dan minimnya efek samping yang ditimbulkan, mendorong seorang pria untuk menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

Penggunaan kondom pada hubungan seks pada sebagian pasangan akan mengurangi kenikmatan seksual. Jika memungkinkan, pasangan yang biasa menggunakan kondom, tidak harus menggunakan kondom pada masa-masa tertentu saat berhubungan seks, misalnya pada masa wanita sedang tidak subur. Oleh karena itu, pengetahuan kondom dan masa subur menjadi faktor paling dominan dalam penelitian ini. Penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin,

yang didominasi oleh kondom, lebih tinggi pada kelompok pria yang juga mengetahui masa subur.

Sama halnya dengan pengetahuan mengenai vasektomi, pria yang mengetahui vasektomi lebih baik, mengetahui bahwa vasektomi merupakan metode kontrasepsi yang paling efektif, dan jika dibandingkan dengan metode operasi wanita (tubektomi) lebih murah dan lebih sederhana, tentu akan memiliki pertimbangan yang lebih untuk menggunakannya. Erliani (2015) mengatakan bahwa pria yang tidak menggunakan vasektomi di Kecamatan Medan Selayang, sebagian besar merupakan pria yang memiliki pengetahuan vasektomi tidak baik. Pada penelitiannya, Erliani menemukan bahwa pria berpengetahuan tidak baik mengenai vasektomi dikarenakan kurangnya sosialisasi dan informasi yang mereka terima dari petugas kesehatan.

6.4 Persepsi

Persepsi pada penelitian ini dibagi menjadi tiga kelompok. Pertama, persepsi yang dilihat dari pendapat pria mengenai KB merupakan urusan wanita. Proporsi penggunaan kontrasepsi modern lebih tinggi pada kelompok pria yang tidak setuju dengan pernyataan tersebut, yaitu sebesar 5,3%. Dengan mempertimbangkan adanya efek dari variabel determinan lain, partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang tidak setuju bahwa KB merupakan urusan wanita adalah sebesar 2,4 kali dibanding pria yang setuju dengan pernyataan tersebut (95% CI: 1,4-4,1). Hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan pada pria di Uganda, salah satu yang menghambat partisipasi pria dalam menggunakan kontrasepsi adalah adanya anggapan bahwa KB merupakan urusan wanita (Kabagenyi *et al*, 2014^b). Berdasarkan laporan SDKI 2012, 42% pria setuju bahwa KB merupakan urusan wanita. Tidak dipungkiri jika jumlah partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria masih sangat kecil.

Selanjutnya, persepsi pria mengenai kondom dan vasektomi. Pria yang memiliki persepsi positif terhadap kondom dan vasektomi, memiliki proporsi partisipasi penggunaan kontrasepsi modern yang lebih tinggi dibanding pria yang memiliki persepsi negatif, yaitu masing-masing sebesar 6,9% dan 4,8%. Sesuai dengan teori *Health Belief Model* yang secara umum menyebutkan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh persepsinya terhadap perilaku tersebut.

Persepsi yang positif akan mendorong seseorang untuk berperilaku sesuai dengan yang diharapkan.

Hasil tersebut sejalan dengan salah satu temuan Kabagenyi *et al* (2014^b), bahwa yang menghambat penggunaan kontrasepsi modern pada pria yaitu persepsi akan adanya efek samping yang mengganggu kenyamanan hubungan seksual. Sebagaimana penelitian yang dilakukan pada pria Kayseri (Turki), diketahui bahwa diantara pria yang tidak menggunakan kondom, 70,1% nya disebabkan karena akan merasa kurang nyaman saat berhubungan seksual.

Pada penelitian ini efek persepsi kondom terhadap penggunaan kontrasepsi modern pada pria dimodifikasi oleh ada tidaknya diskusi KB dengan tenaga kesehatan. Pria yang memiliki persepsi positif mengenai kondom, berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern sebesar 5,0 kali dibanding pria yang memiliki persepsi negatif mengenai kondom, pada kelompok pria yang tidak berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan (95% CI: 2,8-9,1). Sedangkan pada kelompok pria yang berdiskusi dengan nakes, efek persepsi mengenai kondom terhadap penggunaan kontrasepsi terlihat lebih rendah, yaitu penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang memiliki persepsi positif menjadi 1,8 kali lebih tinggi dibanding pria yang memiliki persepsi negatif (95% CI: 1,0-3,2).

Rendahny partisipasi penggunaan kontrasepsi pria pada kelompok yang berdiskusi mengenai KB dengan tenaga kesehatan dibanding yang tidak berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan, meskipun mereka memiliki persepsi yang positif mengenai kondom, dapat disebabkan oleh dorongan dari tenaga kesehatan itu sendiri. Sebagaimana kita ketahui, di negara Indonesia target utama pengguna KB adalah wanita, sehingga tidak dipungkiri jika tenaga kesehatan ataupun petugas pelayanan KB menyarankan penggunaan kontrasepsi wanita. Menurut Peneliti Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan (PSKK) UGM Issac Tri Oktavatie, S.Ant, MSc, kurangnya promosi atau sosialisasi tentang KB pria dikarenakan kebijakan KB di Indonesia yang masih berfokus pada pencapaian target peserta KB perempuan. Perempuan masih tetap menjadi sasaran utama sosialisasi program KB dengan harapan istri yang akan mengkomunikasikan dan menegosiasikan pemakaian alat kontrasepsi kepada suaminya (*KB Pria Terkendala Keterbatasan Informasi dan Pilihan*, 2012). Hal tersebut terbukti

dengan tingginya partisipasi penggunaan kontrasepsi wanita di Indonesia. Berdasarkan Laporan SDKI 2012, pemakaian kontrasepsi semua cara diantara wanita kawin di Indonesia telah meningkat dari 61 persen pada tahun 2007 menjadi 62 persen pada tahun 2012. Pemakaian kontrasepsi modern diantara wanita kawin umur 15-49 tahun juga meningkat dari 57 persen menjadi 58 persen (BPS dan ICF International, 2013).

Penelitian yang dilakukan terhadap 488 petugas atau penyuluh Keluarga Berencana di AS, ternyata hampir 42% menggunakan kontrasepsi modern jangka panjang, seperti IUD (spiral). Responden yang mengatakan memakai metode kontrasepsi pil KB hanya sebesar 16%, dan hanya 9% yang mengandalkan kondom untuk mencegah kehamilan yang tak diinginkan (Sterns *et al*, 2015). Metode kontrasepsi jangka panjang, seperti IUD, hampir selalu menjadi favorit para dokter dan tenaga kesehatan. Sebelumnya, pada tahun 2014, alat kontrasepsi ini juga diketahui paling populer. Ada banyak alasan mengapa para tenaga kesehatan lebih suka menggunakan IUD dibanding metode kontrasepsi lainnya. Alasan utamanya, alat tersebut 99 persen berfungsi efektif. Sementara itu, pil KB memiliki angka kegagalan 9 persen, sedangkan kondom 18 persen (*Alat Kontrasepsi Pilihan Tenaga Kesehatan*, 2015). Dengan berbagai fakta tersebut, tidak heran walaupun pria memiliki persepsi positif terhadap kondom, partisipasinya menjadi lebih rendah jika pria tersebut berdiskusi dengan tenaga kesehatan, dikarenakan masukan-masukan dari tenaga kesehatan yang mengarahkan pasangan untuk menggunakan berbagai kontrasepsi wanita yang menurut mereka lebih efektif, seperti IUD.

Persepsi mengenai vasektomi, setelah di-*adjust* dengan variabel lain, tidak mempengaruhi partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria. Hal ini dapat dikarenakan oleh jumlah peserta vasektomi pada penelitian ini sangat kecil, dan kontrasepsi modern yang digunakan didominasi oleh pengguna kondom, sehingga tidak terlihat pengaruh persepsi mengenai vasektomi terhadap penggunaan kontrasepsi modern. Akan tetapi, secara *crude*, penelitian ini sejalan dengan penelitian Erliani (2015), yang menyebutkan bahwa sikap pria yang negatif terhadap vasektomi, masih menganggap tabu penggunaan kontrasepsi, sehingga pria bersikap tertutup dan tidak berkeinginan untuk ber-KB.

Secara umum, persepsi mempengaruhi perilaku. Lee (1999) menemukan bahwa pria tidak menggunakan kontrasepsi, karena merasa kejantanannya akan dipertanyakan. Selain itu Lee juga menyebutkan bahwa pria yang tidak menggunakan kontrasepsi berpendapat bahwa KB merupakan urusan wanita. Dapat disimpulkan bahwa persepsi yang positif terhadap suatu metode kontrasepsi, akan memengaruhi seseorang untuk berpartisipasi dalam penggunaan metode kontrasepsi tersebut.

6.5 Umur

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan penggunaan kontrasepsi pada kelompok pria kuartil 1, kuartil 2, kuartil 3, dan kuartil 4. Proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang berumur kuartil 4 (tertua) (4,2%), kuartil 3, dan kuartil 2 tidak berbeda dengan kelompok pria berumur kuartil 1 (termuda) (3,2%). Berdasarkan hasil analisis multivariabel pun umur bukanlah determinan penggunaan kontrasepsi modern pada pria, dan tidak masuk mengikuti proses pemodelan.

Shahjahan *et al* (2013) yang meneliti determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria, juga tidak menemukan hubungan umur dengan partisipasi pria dalam penggunaan kontrasepsi. Begitu pula penelitian di Uganda, yang menyebutkan bahwa umur bukanlah determinan partisipasi pria dalam ber-KB (Kabagenyi, 2014^b).

Berbeda dengan hasil studi Fitria (2010) di Surakarta yang menunjukkan bahwa 1 dari 3 laki-laki yang berpartisipasi menggunakan kontrasepsi, salah satunya adalah karena faktor umur. Menurut penelitiannya, rata-rata partisipasi pria meningkat di usia tua, beberapa karena kasihan dengan istri yang harus mengasuh anak lagi, dan juga karena faktor ekonomi. Begitu juga dengan penelitian Ahmad yang menyatakan bahwa pria yang berusia tua berpartisipasi lebih tinggi dibandingkan dengan usia muda. Hasil studi Alemu, Worku, dan Beyera (2014) di Ethiopia menyebutkan bahwa partisipasi KB pria pada umur muda lebih tinggi dibanding partisipasi KB pada umur tua.

Masing-masing penelitian menunjukkan hasil yang berbeda-beda. Tidak adanya hubungan umur dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi pria pada penelitian ini, dapat disebabkan karena penggunaan kontrasepsi modern itu sendiri

yaitu terdiri kondom dan vasektomi. Kondom merupakan kontrasepsi yang digunakan untuk jangka pendek, biasanya digunakan pasangan usia muda. Sedangkan vasektomi sebagai metode kontrasepsi jangka panjang, lazim digunakan pria usia tua. Oleh karena kedua kontrasepsi tersebut dibutuhkan pada kelompok umur muda ataupun tua, maka tidak terlihat perbedaan penggunaan kontrasepsi modern pada pria umur tua dengan pria umur muda. Selain hal tersebut, pria memiliki masa subur yang tidak dibatasi umur tua, sehingga wajar jika penggunaan kontrasepsi modern, baik pada usia muda ataupun usia tua akan terlihat sama.

6.6 Pendidikan

Pendidikan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan kontrasepsi modern pada pria setelah dikontrol variabel lain. Namun secara *crude*, pendidikan terlihat berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi modern pada pria. Pria yang berpendidikan tinggi turut berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi modern sebesar 7,0%, dan 4,1% pada pria berpendidikan menengah, dan hanya 1,7% pada pria berpendidikan rendah.

Lain halnya dengan hasil studi Desmalita, Nursal dan Suryati (2009) yang mengatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah menerima gagasan KB. Purwoko dalam Ekarini (2008) juga mengemukakan bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap terhadap metode kontrasepsi. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibanding mereka yang berpendidikan rendah, lebih kreatif, dan lebih terbuka terhadap suatu pembaharuan.

Pada penelitian sebelumnya pun diasumsikan bahwa orang yang berpendidikan tinggi lebih mudah menerima gagasan KB. Akan tetapi, banyak faktor lain yang dapat mempengaruhi seseorang untuk menerima gagasan KB. Selain itu, ilmu kontrasepsi tidak semata-mata diajarkan pada pendidikan formal. Banyak sumber informasi lain yang dapat memotivasi dan menarik pria untuk turut serta dalam penggunaan kondom.

6.7 Status Sosial Ekonomi

Secara *crude*, status sosial ekonomi seorang pria memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan kontrasepsi modern. Penggunaan kontrasepsi modern terlihat berbeda antara pria dengan status sosial ekonomi tinggi dengan status sosial ekonomi rendah, yaitu 5,2% pria yang berstatus sosial ekonomi tinggi menggunakan kontrasepsi modern dan hanya 1,9% penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang memiliki status sosial ekonomi yang rendah. Sedangkan penggunaan kontrasepsi pada kelompok status sosial ekonomi sedang atau rata-rata tidak terlihat perbedaan. Pada pemodelan multivariabel, status sosial ekonomi berperan sebagai variabel *confounder*, yang menjadi faktor risiko partisipasi penggunaan kontrasepsi modern dan sekaligus mempengaruhi variabel independen lainnya.

Berbeda dengan penelitian Novianti dan Gustaman (2014), pria yang memiliki status rendah berpartisipasi lebih tinggi dalam penggunaan kontrasepsi pria, khususnya vasektomi. Hal tersebut diperkirakan pada status rendah perlu pembatasan pengeluaran, termasuk membatasi jumlah anak, demi tercapainya keluarga yang sejahtera. Begitu juga dengan penelitian Shahjahan, dkk (2013) yang menemukan bahwa pria yang memiliki pendapatan menengah ke bawah memiliki partisipasi 2,3 kali lebih tinggi dibanding pria dengan pendapatan menengah ke bawah.

Nai, Hosseini, dan Ng (2010) yang menganalisis data SDKI 2007, juga menemukan hal yang sama dengan penelitian ini, yaitu proporsi penggunaan kontrasepsi modern lebih tinggi pada pria dengan status ekonomi kelompok menengah ke atas (kuintil 4 dan kuintil 5). Mereka menemukan bahwa penggunaan kontrasepsi modern pria berkorelasi positif dengan indeks kekayaan. Hal yang sama juga terjadi pada pria di Uganda, penggunaan kontrasepsi modern lebih banyak digunakan pada kelompok pria dengan status sosial ekonomi menengah ke atas (Kabagenyi, 2014^b).

Penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada kelompok dengan status sosial ekonomi menengah ke atas dapat dikarenakan pria kelompok menengah ke bawah terlalu fokus dalam urusan mencari nafkah, sehingga penggunaan kontrasepsi diserahkan kepada Istri. Sedangkan pria yang berasal dari kelompok status sosial

ekonomi tinggi, telah memiliki aset kekayaan yang mencukupi, sehingga memiliki waktu lebih untuk memikirkan permasalahan kesehatan reproduksi, khususnya penggunaan kontrasepsi sebagai salah satu program keluarga berencana. Akan tetapi efek yang diberikan status sosial ekonomi tidak begitu besar pengaruhnya terhadap partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria, terdapat faktor lain yang lebih kuat hubungannya dengan partisipasi pria tersebut.

6.8 Keinginan Menambah Jumlah Anak

Secara *crude*, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara keinginan menambah jumlah anak dengan penggunaan kontrasepsi modern pada pria, begitu pula pada pemodelan multivariabel. Penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang tidak ingin menambah anak tidak jauh berbeda dibanding pria yang masih ingin menambah jumlah anak. Proporsi penggunaan kontrasepsi pada yang tidak ingin menambah anak yaitu sebesar 4,1%, sedangkan pada pria yang masih ingin menambah anak, yaitu sebesar 3,2%.

Tuloro, Deressa, dan Davey (2006) mengatakan bahwa partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria yang tidak ingin memiliki anak yaitu dua kali lebih tinggi dibanding pada pria yang masih ingin menambah anaknya. Sedangkan penelitian pada pria di Uganda tidak menunjukkan hubungan yang signifikan antara keinginan menambah anak dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi pria (Kabagenyi, 2014^b).

Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara kenyataan dan harapan. Seorang pria tidak ingin menambah anak, tetapi belum tentu berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi. Sebenarnya kelompok pria ini cocok menggunakan metode vasektomi, namun karena sebagian besar pria di Indonesia masih memiliki persepsi yang negatif, dan sangat sedikit pria yang menggunakan vasektomi, kemungkinan yang menggunakan metode kontrasepsi adalah istri/pasangannya. Dengan demikian, Istri akan menanggung beban ganda dalam menjaga kesehatan reproduksi. Pertama harus menggunakan kontrasepsi dan memilih kontrasepsi yang paling tepat digunakan, dan kedua harus siap untuk hamil, meskipun sudah tidak menginginkan anak lagi. Disinilah promosi penggunaan kontrasepsi pria harus lebih digiatkan lagi, khususnya promosi metode vasektomi pada pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi.

6.9 Jumlah Anak Hidup

Jumlah anak hidup merupakan salah satu faktor utama partisipasi pria dalam keluarga berencana ataupun kesehatan reproduksi (Kamal *et al*, 2013). Terlihat pada hasil penelitian ini, yaitu penggunaan kontrasepsi pada pria yang memiliki kurang dari dua anak sebesar 2,5%, pada pria yang memiliki dua hingga tiga anak yaitu sebesar 4,3%, dan pada pria yang memiliki lebih dari tiga anak yaitu sebesar 3,2%. Perbedaan partisipasi pria terlihat antara kelompok pria yang memiliki kurang dari dua anak dan memiliki 2-3 anak. Sedangkan partisipasi penggunaan kontrasepsi antara pria yang memiliki lebih dari tiga anak tidak terlihat berbeda dengan pria yang kurang dari dua anak. Pada pemodelan multivariabel, penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang memiliki 2-3 anak yaitu 1,7 kali lebih tinggi dibanding pria yang masih memiliki kurang dari dua anak (95% CI: 1,0-2,9).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Oyediran *et al* (2012) yang menemukan jumlah anak hidup merupakan determinan utama penggunaan kontrasepsi pada pria, selain faktor umur, pendidikan, dan penerimaan informasi dari tenaga kesehatan. Begitu pula hasil studi Kamal *et al* (2013) dan Walle dan Alamrew (2014) juga menunjukkan bahwa jumlah anak hidup merupakan faktor utama partisipasi pria dalam program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, dan berhubungan signifikan dengan penggunaan kontrasepsi pada pria. Selain itu Kamal *et al* (2013) juga menyebutkan bahwa pria yang memiliki tiga anak atau lebih tidak akan hanya berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi, tetapi juga membantu dan mendukung istri dalam masalah kesehatan reproduksi dan memilih metode kontrasepsi yang cocok untuk digunakan.

Partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada kelompok pria yang memiliki lebih dari 3 anak terlihat tidak begitu berbeda dengan partisipasi pada kelompok pria yang masih memiliki kurang dari dua anak, hal ini dapat disebabkan karena pada jumlah anak yang dinilai sudah cukup banyak, metode kontrasepsi yang lebih cocok adalah metode kontrasepsi jangka panjang atau bahkan permanen, untuk pria yaitu vasektomi. Sedangkan di Indonesia sudah diketahui bahwa penggunaan vasektomi sangat kecil dan pandangan pria terhadap

vasektomi masih banyak yang negatif. Oleh karena itu, partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria yang memiliki anak lebih dari tiga pun menurun.

6.10 Diskusi KB dengan Istri

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang kuat antara diskusi KB dengan Istri dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria. Proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada kelompok pria yang berdiskusi mengenai KB dengan istrinya adalah sebesar 5,8% dan pada kelompok yang tidak berdiskusi mengenai KB dengan istrinya hanya sebesar 2,7%. Pada pemodelan multivariabel, diskusi KB dengan istri berperan sebagai *confounder*, selain berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi modern pria, diskusi KB dengan istri juga mempengaruhi variabel independen lain.

Komunikasi antar pasangan sangatlah penting. Diskusi mengenai KB termasuk di dalamnya perencanaan jumlah anak, perhitungan masa subur istri, kontrasepsi yang digunakan, siapa yang akan menggunakan kontrasepsi, dan berbagai permasalahan KB lainnya. Beberapa penelitian mengatakan bahwa partisipasi penggunaan kontrasepsi pria dan keberlangsungan penggunaannya dapat ditingkatkan melalui komunikasi antar pasangan, yang secara tidak langsung juga meningkatkan pengetahuan, dan mengurangi pertentangan mengenai kontrasepsi oleh pria (Kim dan Kols, 2001; Bawah, 2002; Sharan dan Valente, 2002; Stenberg dan Hubley, 2004; dan Hartmann *et al*, 2012). Hal yang sama juga disebutkan oleh Tumlinson *et al* (2013) bahwa pria yang berdiskusi dengan istrinya memiliki kecenderungan tujuh kali lebih besar untuk menggunakan kontrasepsi dibanding pria yang tidak berdiskusi dengan istrinya.

Di Indonesia, wanita masih menjadi target utama program KB, sehingga wanita yang juga sebagai seorang istri lebih sering terpapar informasi, khususnya bagi tenaga kesehatan penyedia KB. Dengan adanya diskusi antara suami dan istri, diharapkan istri dapat mentransfer ilmu yang diperoleh dari berbagai sumber yang baik kepada suaminya, sehingga pengetahuan suami mengenai KB dan kontrasepsi pun meningkat. Akan tetapi, mungkin dikarenakan sumber informasi istri kebanyakan adalah tenaga kesehatan/pemerintah yang gencar menyuarakan kontrasepsi, khususnya kontrasepsi wanita, sehingga diskusi KB dengan istri pun tidak begitu berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi pria.

6.11 Diskusi KB dengan Tenaga Kesehatan

Secara *crude*, diskusi mengenai KB dengan tenaga kesehatan memiliki hubungan yang signifikan dengan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin. Hal ini terlihat dari proporsi penggunaan kontrasepsi pada pria yang berdiskusi dengan tenaga kesehatan yaitu sebesar 5,7%, dan pada pria yang tidak berdiskusi dengan tenaga kesehatan hanya sebesar 2,4%. Berdasarkan analisis multivariabel, diskusi KB dengan tenaga kesehatan juga memiliki asosiasi yang cukup kuat dengan penggunaan kontrasepsi modern pada pria, khususnya pada pria yang memiliki persepsi negatif mengenai kondom. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok yang memiliki persepsi negatif mengenai kondom, pria yang berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan memiliki partisipasi penggunaan kontrasepsi sebesar 2,6 kali lebih tinggi (95%CI: 0,9-7,6) dibanding pria yang tidak berdiskusi dengan tenaga kesehatan. Akan tetapi pada kelompok pria yang sudah memiliki persepsi positif mengenai kondom, tidak terlihat efek diskusi KB dengan tenaga kesehatan terhadap penggunaan kontrasepsi modern pada pria (OR=0,9; 95% CI: 0,4-2,1).

Penelitian Kabagenyi *et al* (2014^b) menyebutkan bahwa tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam kesertaan pria dalam penggunaan kontrasepsi. Pada penelitiannya, pria yang berdiskusi mengenai KB dengan tenaga kesehatan diperkirakan akan memiliki pengetahuan lebih mengenai kontrasepsi, sehingga termotivasi untuk menggunakan kontrasepsi itu sendiri. Begitu pula hasil penelitian di Kongo menunjukkan bahwa diskusi mengenai kontrasepsi dengan tenaga kesehatan berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pria (Kayembe *et al*, 2006).

Serupa dengan penelitian sebelumnya, studi yang dilakukan di Tanzania melaporkan bahwa pelatihan pada petugas penyedia KB, komunikasi, dan dukungan logistik mempengaruhi partisipasi penggunaan kontrasepsi pada pria (Jooste dan Amukugo, 2012). Pada dasarnya petugas kesehatan penyedia KB merupakan sumber informasi penting mengenai program KB, dan pendapat mereka terkait suatu kontrasepsi dapat menjadi acuan pasangan dalam memilih kontrasepsi yang akan digunakan (Dehlendorf, Ruskin, dan Steinauer, 2010). Bahkan di Albania, untuk mempromosikan penggunaan kontrasepsi modern di

negara yang sebelumnya pro-natalis, mereka melakukan kampanye yang melibatkan tenaga kesehatan penyedia KB, untuk menyampaikan dan menjamin keamanan kontrasepsi modern pada populasi target (John Snow Inc. dan Manoff Group, 2005).

6.12 Keterpaparan KB melalui media

Media merupakan salah satu sumber informasi. Di zaman global ini, hampir semua kalangan masyarakat terpapar media, baik media cetak ataupun media elektronik. Diantara pria kawin di Indonesia, 61,9% mendapatkan informasi mengenai KB melalui media. Hal ini tentu memberi pengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi modern pada pria. Sebagaimana yang ditemukan Islam (2013), bahwa keterpaparan media berhubungan positif dengan penggunaan kontrasepsi modern. Pada penelitian ini proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin yang terpapar KB melalui media terlihat lebih tinggi, yaitu sebesar 3,6%, sedangkan pada pria kawin yang tidak terpapar KB melalui media hanya sebesar 1,5%. Akan tetapi pada pemodelan multivariabel, variabel ini tidak masuk ke dalam model, karena efeknya terhadap penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin tidak signifikan setelah dikontrol variabel independen lain, sehingga keterpaparan media massa bukanlah determinan penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin di Indonesia.

Berbeda pada penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa keterpaparan media merupakan determinan perubahan perilaku fertilitas dan reproduksi (Shahjahan *et al*, 2013 dan Gupta, Katende, dan Bessinger, 2003). Pada penelitian Shahjahan juga dinyatakan bahwa pria yang terpapar KB melalui media massa, juga akan meningkatkan komunikasi terkait KB dengan pasangannya.

Rabbi (2012) mengatakan bahwa media massa merupakan metode termudah dan yang paling memungkinkan untuk menginformasikan dampak dari peningkatan jumlah penduduk sehingga diperlukan peningkatan kontrasepsi di masyarakat. Hal serupa juga diungkapkan Islam, Padmada, dan Smith (2004) yaitu media massa meningkatkan pengetahuan mengenai kontrasepsi, dan peningkatan partisipasi penggunaan kontrasepsi.

Studi yang dilakukan Raut, Sebastian, dan Sahu (2014) di Bangladesh tahun 2011 menunjukkan hasil yang sama dengan penelitian ini, yaitu mereka juga tidak menemukan adanya hubungan yang signifikan antara keterpaparan media massa dengan penggunaan kontrasepsi modern pada pria. Mereka mengatakan bahwa media massa memang memberikan informasi dan pengetahuan, mengingatkan masyarakat untuk merubah perilaku. Akan tetapi hal tersebut hanya berpengaruh bagi orang yang sudah termotivasi, sedangkan yang tidak termotivasi tidak memberikan pengaruh yang begitu besar dalam perubahan perilakunya. Oleh karena itu, mereka menyarankan untuk lebih menekankan konten persuasi pada iklan kontrasepsi di media massa, sehingga yang tidak termotivasi pun dapat merubah perilaku partisipasinya menjadi lebih baik lagi.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Proporsi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia masih sangat rendah, yaitu hanya sebesar 3,6%, yang terdiri dari 3,3% pengguna kondom, dan 0,3% pengguna vasektomi.
2. Variabel yang menjadi determinan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern yaitu pengetahuan kondom dan masa subur, pengetahuan vasektomi, persepsi mengenai KB merupakan urusan wanita, persepsi mengenai kondom, jumlah anak hidup, dan diskusi KB dengan tenaga kesehatan.
3. Variabel diskusi KB dengan Istri, status sosial ekonomi, pendidikan, keinginan menambah jumlah anak, persepsi mengenai vasektomi, keterpaparan KB melalui media, dan umur tidak berhubungan secara signifikan terhadap partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia.
4. Terdapat perbedaan efek persepsi kondom terhadap penggunaan kontrasepsi modern pria, antara pria yang berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan dengan yang tidak berdiskusi dengan tenaga kesehatan. Efek yang diberikan persepsi kondom menjadi lebih kecil pengaruhnya terhadap penggunaan kontrasepsi modern apabila berdiskusi KB dengan tenaga kesehatan.
5. Terdapat perbedaan efek diskusi KB dengan tenaga kesehatan terhadap penggunaan kontrasepsi modern pria, antara pria yang memiliki persepsi positif mengenai kondom, dan pria yang memiliki persepsi negatif. Efek yang diberikan diskusi KB tenaga kesehatan terhadap penggunaan kontrasepsi modern hanya terlihat pada pria yang memiliki persepsi negatif mengenai kondom, tetapi tidak terlihat efeknya pada pria yang memiliki persepsi positif mengenai kondom.
6. Pengetahuan kondom dan masa subur merupakan faktor dominan partisipasi penggunaan kontrasepsi modern pada pria kawin usia 15-54 tahun di Indonesia, dimana partisipasi penggunaan kontrasepsi modern tertinggi

yaitu pada pria yang memiliki pengetahuan baik mengenai kondom dan juga mengetahui masa subur wanita.

7.2 Saran

1. Penggunaan kontrasepsi modern pada pria dapat ditingkatkan dengan meningkatkan pengetahuan kondom dan masa subur pria. Diperlukan peran tenaga kesehatan ataupun penyedia layanan KB dalam program KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), untuk meningkatkan pengetahuan pria ataupun pasangannya mengenai KB, pilihan metode kontrasepsi, manfaat kontrasepsi, termasuk kondom dapat melindungi diri dari penyakit serta pengetahuan mengenai masa subur. Selain itu, KIE yang diberikan diharapkan dapat mengubah dan meluruskan persepsi-persepsi negatif pria mengenai kontrasepsi menjadi ke arah yang lebih positif. Dengan pengetahuan yang pria miliki dan persepsi yang positif, diharapkan mereka memiliki motivasi lebih untuk berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi.
2. Diperlukan pelatihan bagi tenaga kesehatan atau petugas penyedia layanan KB, untuk mempertajam materi mengenai kontrasepsi pria serta memiliki kemampuan untuk menyebarluaskan pesan-pesan mengenai program KB, sehingga dapat memberikan penjelasan kepada pasangan suami istri mengenai berbagai pilihan metode kontrasepsi, tidak hanya metode kontrasepsi wanita, tetapi juga metode kontrasepsi pria. Dengan demikian, diharapkan diskusi KB dengan tenaga kesehatan dapat memberi pengaruh yang signifikan dan berkorelasi positif terhadap peningkatan partisipasi pria dalam penggunaan kontrasepsi modern.
3. Promosi program KB dan metode kontrasepsi melalui media belum begitu mempengaruhi penggunaan kontrasepsi pada pria, sehingga diperlukan tampilan dan konten yang lebih persuasif untuk meningkatkan motivasi pasangan suami istri, khususnya pria, dalam penggunaan kontrasepsi modern.
4. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, termasuk keterbatasan variabel karena menggunakan data sekunder. Untuk menghasilkan hasil yang lebih akurat, diperlukan penelitian dengan data primer, dengan

instrumen yang lebih tervalidasi sesuai dengan kebutuhan variabel penelitian.

5. Untuk pelaksana dan penyelenggara SDKI, pengetahuan mengenai kontrasepsi mungkin lebih baik untuk diperluas cakupannya, tidak hanya sekedar tahu atau tidak tahu. Akan tetapi juga dapat ditanyakan mengenai cara memperoleh, cara penggunaan, kelebihan, ataupun kekurangan kontrasepsi kepada seluruh pria yang mengetahui kontrasepsi tersebut, baik yang menggunakan, ataupun yang tidak. Dengan demikian, analisis lanjut yang dilakukan terhadap data SDKI akan lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmad, Ahmad. 2009. *Frekuensi dan Determinan Kontrasepsi Pria di Indonesia*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 3, No. 5, April 2009.

Alat Kontrasepsi Pilihan Tenaga Kesehatan. 2015. Anna, Lusia Kus (Ed.). 27 Februari 2015. <http://health.kompas.com/read/2015/02/27/160000323/www.womenshealthmag.com>.

Alemu, Mulat N., Worku, Abebaw G., dan Beyera, Getahun K., 2014. *Status of Men Involvement in Family Planning: an Application of Trans-Theoretical Model, Northwestern Ethiopia*. Public Health Frontier. Jun. 2014, Vol. 3 Iss. 2, pg. 35-42.

Ariawan, Iwan. 2012. *Draft Buku "Analisis Data Kategori"*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.

Bani, S., Hosseini, K., Hasanpour, S., Valizadeh, S. dan Abedi, P.. 2014. *Awareness, Attitude and Participation Rate of Men in Family Planning Programs in Iran*. Int J Women's Health Reproduction Sci Vol. 2, No. 1, Winter 2014

BAPPENAS. 2014. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019*. Jakarta.

BAPPENAS dan CIDA. 2002. *Analisis Gender dalam Pembangunan Keluarga Berencana Nasional*. BAPPENAS bekerja sama dengan Development Planning Assistant (DPA) - Project II dan Canadian International Development Agency (CIDA). Jakarta.

Bayray, Alemayehu. 2012. *Assessment of male involvement in family planning use among men in south eastern zone of Tigray, Ethiopia*. Scholarly Journal of Medicine, Vol. 2(2) pp. 1-10 January, 2012. Available online at <http://www.scholarly-journals.com/SJM>. Diakses 27 February 2015.

Bawah A., 2002. *Spousal communication and family planning behavior in Navrongo: a longitudinal assessment*. Stud Fam Plann 2002, 33(2):185–194.

Besral. 2012. *Regresi Logistik Multivariat; Analisis Data Riset Kesehatan*. Departemen Biostatistika – Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.

BKKBN dan UNFPA. 2014. *Survei Demografi dan Kesehatan 2012; Modul Pria*. Jakarta, Indonesia: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional dan The United Nations Population Fund, Indonesia.

BPS dan ICF International. 2013. *Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta, Indonesia: BPS dan ICF International.

BPS. 2012. *Pedoman BPS Provinsi; SDKI 2012*. Jakarta, Indonesia: Biro Pusat Statistik.

BPS. 2010. *Sensus Penduduk Indonesia*. Jakarta, Indonesia. Biro Pusat Statistik.

BPS. 2013. *Sensus Penduduk Indonesia*. Jakarta, Indonesia. Biro Pusat Statistik.

Budisantoso, Saptono Iman. 2008. “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di Kecamatan Jetis Kabupaten Bantul Tahun 2008.” Tesis Magister Promosi Kesehatan, Program Pasca Sarjana, Universitas Diponegoro.

Cara Memakai Kondom Wanita yang Benar. 23 Maret 2015. Diakses tanggal 22 Juni 2015, dari <http://ramuanabe.com/blog/cara-memakai-kondom-wanita-yang-benar/>

Dehlendorf, C.L.K., Ruskin, R., dan Steinauer J., 2010, *Health care provider’s knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care?* *Contraception* 2010, 81:292–298.

Desmalita, Nursal, Dien G.A., dan Suryati. *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Pria sebagai Peserta KB di Kelurahan Tembilahan Kota Tahun 2008*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Maret - September 2009, Vol. 03, No. 2.

Ekarini, Sri Madya Bhakti. 2008. “Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di Kecamatan Selo Kabupaten Boyolali.” Tesis Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Diponegoro.

Erliani, Desi. 2015. “Determinan Pemanfaat Metode Operasi Pria (MOP) di Kecamatan Medan Selayang Tahun 2014.” Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara.

Fitria, Devi Irene. 2010. “Partisipasi Laki-laki Dalam Program KB (Studi Analisis Gender Tentang Partisipasi Laki-laki Dalam Program KB di Kelurahan Serengan Kecamatan Serengan Kota Surakarta).” Skripsi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Sebelas Maret, Surakarta.

Fourth World Conference on Women, Beijing Declaration. 1995. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/declar.htm>. diakses tanggal 4 Maret 2015. (14:15 WIB)

Gianotten, W.L., 2000. *Male Contraception*. In R. H. W. van Lunsen, V. Unzeitig dan G. Creatsas (Ed.). *Contraceptive Choice and Realities: Proceedings of the 5th Congress European Society of Contraception* (pp. 194-199). New York and Lanch: Parthenon Publishing Group. <https://books.google.co.id/books?id=-FliV0TxiEEC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>. Diakses tanggal 7 April 2014. (11.40 WIB).

Gupta, N., Katende, C., dan Bessinger, R., 2003. *Association of mass media exposure on family planning attitudes and practices in Uganda*. *Stud Fam Plann*. 2003 Mar; 34(1):19-31.

Hartmann, M., Gilles, K., Shattuck, D., Kerner, B., dan Guest, G., 2012 *Changes in couple's communication as a result of a male-involvement family planning intervention*. J Health Commun 2012, 17(7):802–819.

Hastono, Sutanto Priyo. 2006. *Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Helzner, Judith Frye. 1996. *Men's Involvement in Family Planning*. Reproductive Health Matters, No 7, May 1996, 146-154.

HHS. 2014^a. *Fertility Awareness (Natural Family Planning); The Facts*. Reviewed by: Association of Reproductive Health Professionals. Office of Population Affairs in the US Department of Health and Human Services.

HHS. 2014^b. *Male Condom; The Facts*. Reviewed by: Association of Reproductive Health Professionals. Office of Population Affairs in the US Department of Health and Human Services.

HHS. 2014^c. *Male Sterilization; The Facts*. Reviewed by: Association of Reproductive Health Professionals. Office of Population Affairs in the US Department of Health and Human Services.

International Male Contraception Coalition. 2011. *Why new male contraceptives?* Last modified 27 July 2011. Diakses tanggal 04 Maret 2015, dari: <http://malecontraceptives.org/myths.php>

Islam, Md. Shahidul. 2013. *Determinants of contraceptive method choice in Bangladesh: Male perspectives*. South East Asia Journal of Public Health 2013;3(1):50-56.

Islam, M.A., Padmada, S.S., Smith, P.W.F., 2004. *Degree and Determinants of Men's Contraceptive Knowledge in Bangladesh*. Conference Paper. British Society for Population Studies Annual Conference, 2004.

John Snow Inc dan Manoff Group. 2005. *Strategic Framework. Albania Family Planning Project 2004–2006*. Tirana: John Snow Inc with Manoff Group.

Jooste K, dan Amukugo HJ., 2012. *Male involvement in reproductive health: a management perspective*. J Nurs Manag 2012, 7(10):1365–2834.

Kabagenyi, A., Jennings, L., Reid, A., Nalwadda, G., Ntozi, J., and Atuyambe, Lynn. 2014^a. *Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: A qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda*. Kabagenyi et al. Reproductive Health 2014, diakses 27 Maret 2015, dari <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/21>.

Kabagenyi, A., Ndugga, P., Wandera, S. O., Kwagala, B.. 2014^b. *Modern contraceptive use among sexually active men in Uganda: does discussion with a health worker matter?*

Kabagenyi *et al.* BMC Public Health 2014, 14:286, diakses 22 April 2015, dari <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/286>.

Kamal, Mohammad M., Islam, Md. S., Alam, Muhammad S., Hassan., A. B. M. E., 2013. *Determinants of Male Involvement in Family Planning and Reproductive Health in Bangladesh.* American Journal of Human Ecology Vol. 2, No. 2, 2013, 83-93.

Kayembe, P.K., Fatuma, A.B., Mapatano, M.A., dan Mambu, T., 2006. *Prevalence and determinants of the use of modern contraceptive methods in Kinshasa, Democratic Republic of Congo.* Contraception 2006, 74(5):400–406.

KB Pria Terkendala Keterbatasan Informasi dan Pilihan. 2012. Diunduh tanggal 1 Juli 2015, dari <http://www.cpps.or.id/content/kb-pria-terkendala-keterbatasan-informasi-dan-pilihan>.

Kim Y, Kols A., 2001. *Counseling and communicating with men to promote family planning in Kenya and Zimbabwe: findings, lessons learned, and programme suggestions.* In *Programming for male involvement in reproductive health, Report of the Meeting of WHO Regional Advisors in Reproductive Health.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Kulczycki, Andrzej. 2004. *The determinants of withdrawal use in Turkey: A husband's imposition or a woman's choices?* Social Science & Medicine 59 (2004) 1019–1033. Diakses 12 Maret 2015, dari www.elsevier.com/located/socscimed.2003.12.014.

Lee, Romeo B., 1999. *Men's Involvement in Women's Reproductive Health Projects and Programmes in Phillipines.* Reproductive Health Matters, Vol. 7, No. 14, November 1999.

Mistik, S., Nacar, M., Mazicioglu, M., Cetinkaya, F.. 2002. *Married men's opinions and involvement regarding family planning in rural areas.* Contraception 67 (2003) 133–137.

Moyo, S., Zvoushe, A., Rusinga, Oswell. 2012. *Factors affecting the use of male-oriented contraceptives: a case study of the Mukarati community, Zimbabwe.* Open Access Journal of Contraception 2012:3 37–48. Diakses tanggal 08 Maret 2015, dari: <http://dx.doi.org/10.2147/OAJC.S35608>.

Nai Peng Tay, Hosseini, H., dan Ng Yin Mei. 2010. *The Role of Men in Contraceptive Use in Indonesia*. Paper Presented at the First Asian Population Conference, New Delhi, 16-20 November 2010.

Ndenzako, Fabian Nicholaus. 2001. "Male Contraceptive Prevalence and Factors Associated with Contraceptive Use Among Men in Ngara, Tanzania". A thesis submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo as partial fulfilment for the degree Master of Philosophy in International Community Health. Universitas Osloensis.

Notoatmodjo, Sukidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta. Jakarta.

Novianti, Siti, dan Rian Arie Gustaman. 2014. *Faktor Persepsi dan Dukungan Isteri yang Berhubungan dengan Partisipasi KB Pria*. Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia Vol. 10. No. 2 September 2014; hlm 1017-1027.

Oyediran, K .A., Ishola,G. P & Feyisetan, B. J., 2012. *Factors effecting ever-married men's contraceptive knowledge and use in Nigeria*. J. Biosoc. Sci.2012, Vol.34, 497–510.

Peningkatan Partisipasi Pria dalam ber-KB; Pegangan Bagi Kader. 2011. <https://balatbangbengkulu.files.wordpress.com/2011/12/buku-saku.pdf> . Diakses tanggal 7 April 2015, 11.21 WIB.

Rabbi AMF. 2012. *Mass Media Exposure and its Im-pact on Fertility: Current Scenario of Bangladesh*. J Sci Res 2012; 4(2):383-95.

Raut, M., Sebastian, D., dan Sahu, A.B., 2014. *Role of Interpersonal Communication in Contraceptive Use Behaviour: Insights and Evidence from Bangladesh Demographic Health Survey, 2011*. Population Association of America; 2014, Annual Meeting Program. Available on <http://paa2014.princeton.edu/abstracts/142194>.

Rosenstock, Irwin M. 1974. *Health Education & Behavior* - Health Educ Behav 01/1974; 2(4):328-335.

Shahjahan, Md., Mumu, S.J., Afroz, A., Chowdhury, H.A., Kabir, R. dan Ahmed, Kapil. 2013. *Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study*. Reproductive Health 2013, 10:27, <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/27>.

Sharan M, dan Valente T., 2002. *Spousal communication and family planning adoption: effects of a radio drama serial in Nepal*. Int Fam Plan Perspec 2002, 28(1):16–25.

Sternberg P, dan Hubley J., 2004. *Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health program*. Health Promo Int 2004, 19:389–396.

Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS) and Macro International. 2008. *Indonesia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro International.

Stern, Lisa F., Simons, Hannah R., Kohn, Julia E., Debevec, Elie J., Morfesis, Johanna M., Patel, Ashlesha A.. 2015. *Differences in Contraceptive Use Between Family Planning Providers and The U.S. Population: Results Of A Nationwide Survey*. *Contraception Journal* June 2015, Vol.91, Issue 6, Pages 464–469.

Tuloro, T., Deressa, W., Ali, A., dan Davey, G.. 2006. *The role of men in contraceptive use and fertility preference in Hossana Town, southern Ethiopia*. *Ethiop.J.Health Dev.* 2006;20(3):152-159.

Tumlinson, K., Speizer, Ilene S., Davis, Joshua T., Fotso Jean C., Kuria, P., Archer, Linda H.. *Partner Communication, Discordant Fertility Goals, and Contraceptive Use in Urban Kenya*. *African Journal of Reproductive Health* September 2013; 17(3): hlm. 79-90.

UN. 2003. *Data on Contraceptive use were compiled primarily from surveys based on nationally representative samples of women of reproductive age (15 to 49 years old in general)*. United Nations Population Division World Contraceptive Use 2003. Diakses 05 Maret 2015, dari : <http://malecontraceptives.org/myths.php>.

UN ESA. 2013. *World Population Prospects, 2010 revision (686 million births from 1985–1990)*. United Nations. Retrieved February 14, 2013. Diakses 03 Maret 2015, dari: http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/DB01_Period_Indicators/WPP2010_DB1_F04_BIRTHS_BOTH_SEXES.XLS

Wahyuni, Ni Putu Dewi S., Suryani, N., Pancrasia K., Murdani. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Akseptor KB Pria tentang Vasektomi serta Dukungan Keluarga dengan Partisipasi Pria Dalam Vasektomi (Di Kecamatan Tejakula Kabupaten Buleleng)*. *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga* Vol 1, No 1, 2013 (hal 80-91) <http://jurnal.pasca.uns.ac.id>.

Walle, Yeshareg dan Alamrew, Zelalem. 2014. *The Current States of Male Involvement on Family Planning and Factors Correlated with among Male Factory Workers in Bahir Dar City*. *American Journal of Public Health Research*, 2014, Vol. 2, No. 5, 188-197 Available online at <http://pubs.sciepub.com/ajphr/2/5/2>.

Warsono, Tarsoen. *Koordinasi Pengendalian Kerusakan Lingkungan*. Update 31 Desember 2009, diakses 22 Maret 2015, <https://staff.blog.ui.ac.id/tarsoen.waryono/archives/160>.

WHO. 2013. *Family Planning*. Update May 2013. Diakses 05 Maret 2015, dari: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

Worldometer. 2015. World Population Clock: 7 Billion People (2015). Diakses tanggal 03

Maret 2013. <http://www.worldometers.info/world-populationjj/>



LAMPIRAN

(Perizinan dari www.measuredhs.com)

« Back to Search results More Actions... Go Newer 6 of 15 Older

DHS Download Account Application Print New window

archive@measuredhs.com <archive@measuredhs.com> Thu, Mar 26, 2015 at 8:11 PM
To: loli.adriani@gmail.com

Reply | Reply to all | Forward | Print | Delete | Show original

****See Attached.****

You have been authorized to download data from the Demographic and Health Surveys (DHS) Program. This authorization is for unrestricted countries requested on your application.

The data should only be used for the purpose of the registered research or study. To use the same or different data for another purpose, a new research project request should be submitted. This can be done from the "Create A New Project" link in your user account.

All DHS data should be treated as confidential, and no effort should be made to identify any household or individual respondent interviewed in the survey.

The data sets must not be passed on to other researchers without the written consent of DHS. Users are required to submit a copy of any reports/publications resulting from using the DHS data files. These reports should be sent to: archive@dhsprogram.com.

To begin downloading datasets, please login at: http://www.dhsprogram.com/data/dataset_admin/login_main.cfm

Once you are logged in, you may also edit your contact information, change your email/password, request additional countries or Edit/Modify an existing Description of Project.

If you are a first time user of DHS Data, please view the following videos on downloading and opening DHS data:
http://www.dhsprogram.com/data/Using-Datasets-for-Analysis.cfm#CP_JUMP_14039

Additional resources to help you analyze DHS data efficiently include:
<http://dhsprogram.com/data/Using-Datasets-for-Analysis.cfm>, a video on Introduction to DHS Sampling Procedures - found at: <http://youtu.be/DD5npelwh80> and a video on Introduction to Principles of DHS Sampling Weights - found at: <http://youtu.be/SJRVxvdlc8s>

The files you will download are in zipped format and must be unzipped before analysis. Following are some guidelines:

After unzipping, print the file with the .DOC extension (found in the Individual/Male Recode Zips). This file contains useful information on country specific variables and differences in the Standard Recode definition.

Please download the DHS Recode Manual: <http://dhsprogram.com/publications/publication-dhsq4-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>

The DHS Recode Manual contains the documentation and map for use with the data. The Documentation file contains a general description of the recode file, including the rationale for recoding, coding standards, description of variables etc. The Map file contains a listing of the standard dictionary with basic information relating to each variable.

It is essential that you consult the questionnaire for a country, when using the data files. Questionnaires are in the appendices of each survey's final report: <http://dhsprogram.com/publications/publications-by-type.cfm>

We also recommend that you make use of the Data Tools and Manuals: http://www.dhsprogram.com/accesssurveys/technical_assistance.cfm

DHS statistics can also be obtained using the STATcompiler tool:
<http://www.statcompiler.com>

This tool allows users to select countries and indicators to create customized tables. It accesses nearly all of the indicators that are published in the final reports. Authorization is not needed to use the STATcompiler.


For problems with your user account, please email archive@dhsprogram.com.

For data questions, we recommend that users register to participate in the DHS Program User Forum at: <http://userforum.dhsprogram.com>

The User Forum is an online community of DHS data users and contains discussions about many DHS analysis and dataset topics. Please search the contents of the forum, and if you do not see your question addressed, consider posting a new question for users to discuss.

The Demographic and Health Surveys (DHS) Program
ICF INTERNATIONAL
530 Gaither Road
Suite 500
Rockville, MD 20850
USA

LOGIN INFORMATION:
Login Email: loli.adriani@gmail.com
Password: (use the password you entered when you registered)

 **DataNotes.doc**
180K [View as HTML](#) [Download](#)