



**PREFERENSI PENGGUNAAN KONTRASEPSI PADA PASANGAN  
PERNIKAHAN DINI DI KECAMATAN SUKOWONO  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Rofy Anggi Pratiwi  
NIM 112110101091**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**PREFERENSI PENGGUNAAN KONTRASEPSI PADA PASANGAN  
PERNIKAHAN DINI DI KECAMATAN SUKOWONO  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Rofy Anggi Pratiwi**  
**NIM 112110101091**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

## **PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayah dan Mama tercinta. Terima kasih atas segala dukungan, nasihat, curahan keringat serta doa yang tak pernah berhenti mengiringi setiap langkah kehidupanku. Semoga Allah selalu memberikan kesehatan, kebahagiaan dan kemudahan;
2. Para guru dan tauladan ilmu terhormat
3. Almamaterku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

**MOTTO**

Hidup adalah perjuangan yang harus dimenangkan, rintangan yang harus dihadapi, anugrah yang harus disyukuri. Hidupkan rasa syukur dalam setiap pencapaian kecil dan berharaplah itu akan merujuk pada kesempatan besar \*)



---

\*) Saputra, Hendra (Director). 2014. *Merry Riana : Mimpi Sejuta Dolar* (Film). Jakarta : MD Pictures

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rofy Anggi Pratiwi

NIM : 112110101091

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 5 Juni 2015

Yang menyatakan,

Rofy Anggi Pratiwi

NIM 112110101091

**SKRIPSI**

**PREFERENSI PENGGUNAAN KONTRASEPSI PADA PASANGAN  
PERNIKAHAN DINI DI KECAMATAN SUKOWONO  
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Rofy Anggi Pratiwi  
NIM 112110101091

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dwi Martiana Wati, S.Si.,M.Si

Dosen Pembimbing Anggota : Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 18 Juni 2015

Tempat : Ruang Sidang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.  
NIP. 195608101983031003

Andrei Ramani, S.KM, M.Kes  
NIP. 198008252006041005

Anggota,

Drs. Rijadi Budi Tjahjono  
NIP. 196103201992031005

Mengesahkan  
Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.  
NIP. 195608101983031003



## RINGKASAN

**Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember;** Rofy Anggi Pratiwi; 112110101091; 2015; 90 Halaman; Bagian Biostatistika dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Menurut BKKBN pernikahan dini merupakan pernikahan yang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun. Pernikahan ideal adalah usia 21 sampai 25 tahun. Pernikahan dini di Indonesia tergolong tinggi dan menempati urutan ke-37 dari 63 negara di dunia. Pada tahun 2014 di Kabupaten Jember sebanyak 3170 atau sebesar 24 persen pernikahan terjadi pada wanita berusia kurang dari 20 tahun. Kecamatan Sukowono merupakan daerah yang memiliki jumlah pernikahan dini terbanyak di Kabupaten Jember yaitu sebanyak 218 pada bulan Januari-September 2014.

Pernikahan dini dapat mengakibatkan timbulnya berbagai permasalahan. Salah satu permasalahan tersebut yakni secara biologis wanita yang menikah di bawah usia 20 tahun mempunyai kemungkinan lebih besar dapat melahirkan anak lebih banyak daripada yang menikah diatas 20 tahun. Selain itu risiko komplikasi dapat terjadi saat kehamilan dan persalinan pada usia muda karena tingkat emosionalnya masih labil dan organ reproduksinya juga belum kuat untuk melakukan proses persalinan, sehingga berperan meningkatkan angka kematian ibu dan bayi. Peningkatan *Total Fertility Rate* (TFR) juga dapat terjadi akibat pernikahan dini. TFR pada beberapa tahun terakhir mengalami stagnasi dan ASFR meningkat. Hal ini merupakan akibat dari melemahnya program KB. Apabila tidak dilakukan pengaturan kehamilan melalui program keluarga berencana (KB) akan mempengaruhi tingkat fertilitas di Indonesia. Penggunaan kontrasepsi menjadi sangat penting untuk menjarangkan, membatasi dan menunda kehamilan. Proporsi penggunaan KB pada kelompok berisiko (wanita kawin usia 15-19 tahun) masih rendah yaitu sebesar 46 persen dan belum memenuhi target RPJM 2014 sebesar 60,1 persen.

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis preferensi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.



Penelitian dilaksanakan dengan rancangan *case control*. Wawancara dilaksanakan pada 78 responden yang terdiri dari kelompok kasus sebanyak 26 responden menggunakan kontrasepsi dan kelompok kontrol sebanyak 52 responden tidak menggunakan kontrasepsi. Teknik pengambilan sampel dengan cara *simple random sampling*. Wawancara menggunakan kuisioner dilakukan untuk memperoleh informasi tentang variabel-variabel yang diteliti. Variabel bebas penelitian dikelompokkan menjadi 3 faktor berdasarkan teori perilaku Lawrence Green yaitu faktor predisposisi (usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak yang diinginkan); faktor pemungkin (jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas kesehatan) dan faktor penguat (dukungan suami).

Hasil penelitian menyatakan distribusi pengguna kontrasepsi berdasarkan metode/alat kontrasepsi menunjukkan bahwa pada kelompok kasus sebagian besar menggunakan metode kontrasepsi suntik sebesar 85%. Berdasarkan analisis bivariabel menggunakan uji *chi square* menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini dapat ditentukan oleh usia menikah pertama kali (OR = 5,952; 95% CI = 1,069-33,148) dan pengetahuan (OR = 0,333; 95% CI = 0,124-0,899). Berdasarkan analisis *Mantel Haenszel* menunjukkan bahwa variabel pendapatan keluarga, dukungan suami, dan jumlah anak yang diinginkan merupakan variabel perancu bagi hubungan penggunaan kontrasepsi dengan usia menikah pertama kali (*risk difference* >15%). Sementara variabel pendapatan keluarga, keterpaparan dengan media massa, dan informasi dari petugas kesehatan merupakan variabel perancu bagi hubungan antara penggunaan kontrasepsi dengan pengetahuan (*risk difference* >15%). Uji faktor yang dominan terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini dengan regresi logistik menunjukkan bahwa usia menikah pertama kali (OR = 48,875; 95% CI = 3,151-758,140), pengetahuan (OR = 0,271; 95% CI = 0,083-0,885), jumlah anak yang diinginkan (OR = 6,569, 95% CI = 1,078-40,030), dan keterpaparan dengan media massa (OR = 5,355; 95% CI = 1,504-19,063).

## *SUMMARY*

**The Preference of Contraceptive Use among Early Marriage Couples in Sukowono, Jember Regency;** Rofy Anggi Pratiwi; 112110101091; 2015; 90 pages; Department of Biostatistics and Population, Faculty of Public Health, University of Jember

According to BKKBN (National Family Planning Board), early marriage is a marriage that occurs in the age of less than 20 years. The ideal age of marriage is 21 to 25 years. Early marriage in Indonesia is considered high and ranks 37th of 63 countries in the world. In 2014, in Jember Regency there were 3,170 marriages or 24 percent in women aged less than 20 years. District of Sukowono is an area with the highest number of early marriages in Jember Regency with total of 218 in January-September, 2014.

Early marriage can lead to the emergence of various problems. One of the problems is that women who are married under the age of 20 biologically have a greater possibility to give birth to more children than those who married over 20 years. In addition, the risk of complication can occur during pregnancy and childbirth at a young age because their emotional level is still unstable, and the reproductive organs are also not strong enough to carry out the delivery process, which serves to increase the rate of maternal and infant mortality. The increase in Total Fertility Rate (TFR) can also occur as a result of early marriage. TFR in the last few years experienced stagnation and Age-Specific Fertility Rate (ASFR) increased. This is the result of the weakening of family planning programs. Pregnancies which are not set through family planning program (KB) will affect the level of fertility in Indonesia. The use of contraceptives is very important to space, limit and delay pregnancies. The proportion of contraceptive use in the risk group (early married women aged 15-19 years) is still low at 46 percent and has not yet met the 2014 Development Plan (RPJM) target of 60.1 percent.

This research was conducted to analyze the preferences of contraceptive use by early marriage couples in Sukowono, Jember Regency. The research used

case control design. The interview was conducted with 78 respondents consisting of a group of cases of 26 respondents who used contraceptives and control group of 52 respondents who did not use contraceptives. Samples were taken by simple random sampling. The interviews used questionnaires to obtain information about the studied variables. The independent variables were grouped into 3 factors based on behavioral theory of Lawrence Green, that is, predisposing factors (age of first marriage, education, employment status, family income, knowledge, attitudes towards family planning, the number of children desired); enabling factors (distance to the service center, exposure to mass media, information from health workers) and reinforcing factors (husband support).

The results showed that the distribution of contraceptive users by contraceptives indicated in the case group, most of respondents used contraceptive injection by 85%. Based on bivariable analysis using chi square test, it was shown that the use of contraceptives in early marriage couples may be determined by the age of first marriage (OR = 5.952; 95% CI = 1.069 to 33.148) and knowledge (OR = 0.333; 95% CI = 0.124 to 0.899). Based on the analysis of Mantel Haenszel, it was shown that the variables of family income, husband support, and the number of children desired were confounding variables for the relationship between contraceptive use and age of first marriage (risk difference > 15%). Meanwhile, variables of family income, exposure to mass media and information from health workers were confounding variables for the relationship between the use of contraceptives and knowledge (risk difference > 15%). The dominant factor test of the use of contraceptives in early marriage couples by logistic regression showed that age of first marriage (OR = 48.875; 95% CI = 3.151 to 758.140), knowledge (OR = 0.271; 95% CI = 0.083 to 0.885), number of children desired (OR = 6.569, 95% CI = 1.078 to 40.030), and exposure to mass media (OR = 5.355; 95% CI = 1.504 to 19.063).

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta tidak lupa sholawat dan salam kepada junjungan Nabi Muhammad sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Sehingga dalam kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Ibu Dwi Martiana Wati, S.Si.,M.Si selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes selaku dosen pembimbing anggota, yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi dan saran hingga terselesaikannya skripsi ini dengan baik.

Terima kasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada :

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat sekaligus ketua tim penguji;
2. Ibu Irma Prasetyowati S.KM.,M.Kes selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Ibu Mury Ririanty, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa;
4. Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji dan Bapak Drs. Rijadi Budi Tjahjono selaku anggota penguji;
5. Kantor Perwakilan BKKBN Provinsi Jawa Timur yang telah memberikan bantuan dana dalam penyusunan skripsi ini
6. Ibu Jamilah, S.H. selaku Koordinator UPTB Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember



7. Kedua orang tuaku dan keluarga besar di Lumajang yang telah menjadi motivator terbaik dalam hidup penulis;
8. Keluarga kecil bahagia B-POP 2011 (*Biostatistic and Population*) Riski Anisa, Edwin, Aviv, Faradyta, Ichwan, Ima, Syukron, Yuni, Fike, Vita, dan Dila yang telah bersama-sama berbagi keluh kesah, kebahagiaan, dukungan, bantuan, motivasi dan segalanya. Semoga kita semua selalu menjadi keluarga;
9. Teman-teman Kos 49B (Caca, Nurma, Neni, Riska, Puii, Dinda), terima kasih atas kebersamaan selama ini;
10. Sahabat-sahabatku terutama Anisa, Anggita, Eka, Meme, Ulfa, Mbak Ainur, dan Mbak Friskanti, terima kasih untuk uluran persahabatan kalian, nasihat, motivasi, canda tawa, serta semua bentuk bantuan yang kalian berikan untukku;
11. Saudara-saudara keluarga besar peminatan Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan 2011;
12. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2011 yang selalu bersama-sama dalam berbagai suka maupun duka serta terima kasih telah mewarnai hidupku selama kuliah;
13. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu penulis dengan senang hati menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Juni 2015

Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>ix</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xx</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....</b>	<b>xxi</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Rumusan Masalah.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3. Tujuan .....</b>	<b>5</b>
1.3.1. Tujuan Umum .....	5
1.3.2. Tujuan Khusus.....	5
<b>1.4. Manfaat .....</b>	<b>6</b>
1.4.1. Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	7
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Pernikahan Dini .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Keluarga Berencana.....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Program Keluarga Berencana.....	11
2.2.2 Tujuan Program Keluarga Berencana .....	12



2.2.3	Sasaran Program Keluarga Berencana .....	12
2.2.4	Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana.....	13
<b>2.3</b>	<b>Kontrasepsi .....</b>	<b>14</b>
2.3.1	Definisi Kontrasepsi.....	14
2.3.2	Macam-macam Metode Kontrasepsi.....	15
<b>2.4</b>	<b>Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Kontrasepsi.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5</b>	<b>Teori Perilaku.....</b>	<b>26</b>
<b>2.6</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>28</b>
<b>2.7</b>	<b>Kerangka Konsep.....</b>	<b>29</b>
<b>2.8</b>	<b>Hipotesis .....</b>	<b>30</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>31</b>
3.2.1	Tempat Penelitian.....	31
3.2.2	Waktu Penelitian .....	31
<b>3.3</b>	<b>Penentuan Populasi dan Sampel.....</b>	<b>32</b>
3.3.1	Populasi Penelitian .....	32
3.3.2	Sampel Penelitian.....	32
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	34
<b>3.4</b>	<b>Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....</b>	<b>34</b>
3.4.1	Variabel Penelitian .....	34
3.4.2	Definisi Operasional.....	35
<b>3.5</b>	<b>Data dan Sumber Data .....</b>	<b>39</b>
<b>3.6</b>	<b>Teknik dan Alat Perolehan Data .....</b>	<b>40</b>
3.6.1	Teknik Perolehan Data.....	40
3.6.2	Alat Perolehan Data .....	41
<b>3.7</b>	<b>Teknik Penyajian dan Analisis Data .....</b>	<b>41</b>
3.7.1	Teknik Penyajian Data.....	41
3.7.2	Teknik Analisis Data .....	42
<b>3.8</b>	<b>Alur Penelitian.....</b>	<b>44</b>

<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>45</b>
<b>0.1 Hasil Penelitian</b> .....	<b>45</b>
0.1.1 Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini .....	45
0.1.2 Distribusi Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin dan Faktor Penguat .....	47
0.1.3 Analisis Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Predisposisi.....	49
0.1.4 Analisis Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Pemungkin .....	54
0.1.5 Analisis Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Penguat .....	56
0.1.6 Analisis Keberadaan Faktor <i>Confounding</i> pada Hubungan antara Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin, dan Faktor Penguat dengan Penggunaan Kontrasepsi .....	57
0.1.7 Analisis Hubungan Faktor yang Dominan terhadap Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini .....	64
<b>0.2 Pembahasan</b> .....	<b>66</b>
0.2.1 Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini .....	66
0.2.2 Distribusi Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin dan Faktor Penguat .....	67
0.2.3 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Predisposisi .....	70
0.2.4 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Pemungkin .....	77
0.2.5 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Faktor Penguat .....	80
0.2.6 Hubungan Faktor yang Dominan terhadap Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini .....	81
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>85</b>

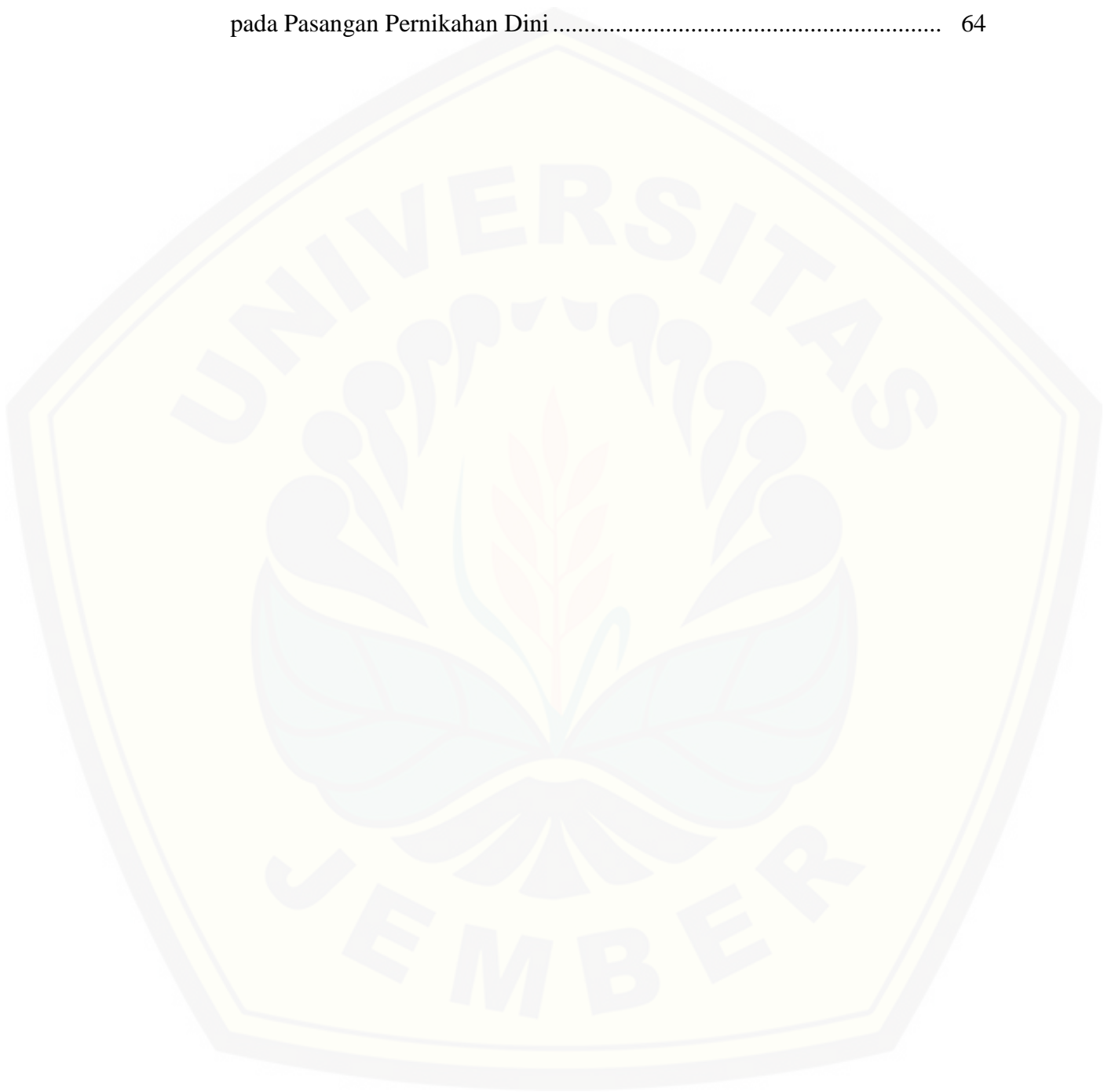
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>85</b>
<b>5.2 Saran.....</b>	<b>86</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>88</b>



## DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Hasil Ukur, dan Skala Data .....	34
4.1 Distribusi Kontrasepsi yang digunakan oleh kelompok kasus.....	46
4.2 Distribusi Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin dan Faktor Penguat .....	47
4.3 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Usia Menikah Pertama Kali .....	49
4.4 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Pendidikan.....	50
4.5 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Status Pekerjaan .....	51
4.6 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Pendapatan .....	51
4.7 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Pengetahuan .....	52
4.8 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Jumlah Anak yang Diinginkan.....	53
4.9 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Sikap terhadap Keluarga Berencana .....	53
4.10 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Jarak ke Pusat Pelayanan Kesehatan.....	54
4.11 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Keterpaparan dengan Media Massa .....	55
4.12 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Informasi dari Petugas Kesehatan.....	55
4.13 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Dukungan Suami.....	56
4.14 Uji Stratifikasi dengan Usia Menikah Pertama Kali .....	57

4.15	Uji Stratifikasi dengan Pengetahuan .....	60
4.16	Analisis Multivariabel menggunakan Uji Regresi Logistik: Hubungan Faktor yang Dominan terhadap Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini .....	64



**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Bagan Teori Lawrence Green.....	27
2.2 Kerangka Teori Penelitian.....	28
2.3 Kerangka Konsep Penelitian .....	29
3.1 Alur Penelitian .....	44
4.1 Distribusi pengguna kontrasepsi berdasarkan metode/alat kontrasepsi..	45



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Pengantar Kuisisioner .....	92
B. Lembar Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ).....	93
C. Kuisisioner Penelitian .....	94
D. Dokumentasi Penelitian.....	100
E. Hasil Analisis <i>Chi-Square</i> .....	101
F. Hasil Analisis <i>Mantel Haenszel</i> .....	113
G. Hasil Analisis <i>Regresi Logistik</i> .....	144
H. Surat Ijin Penelitian.....	153

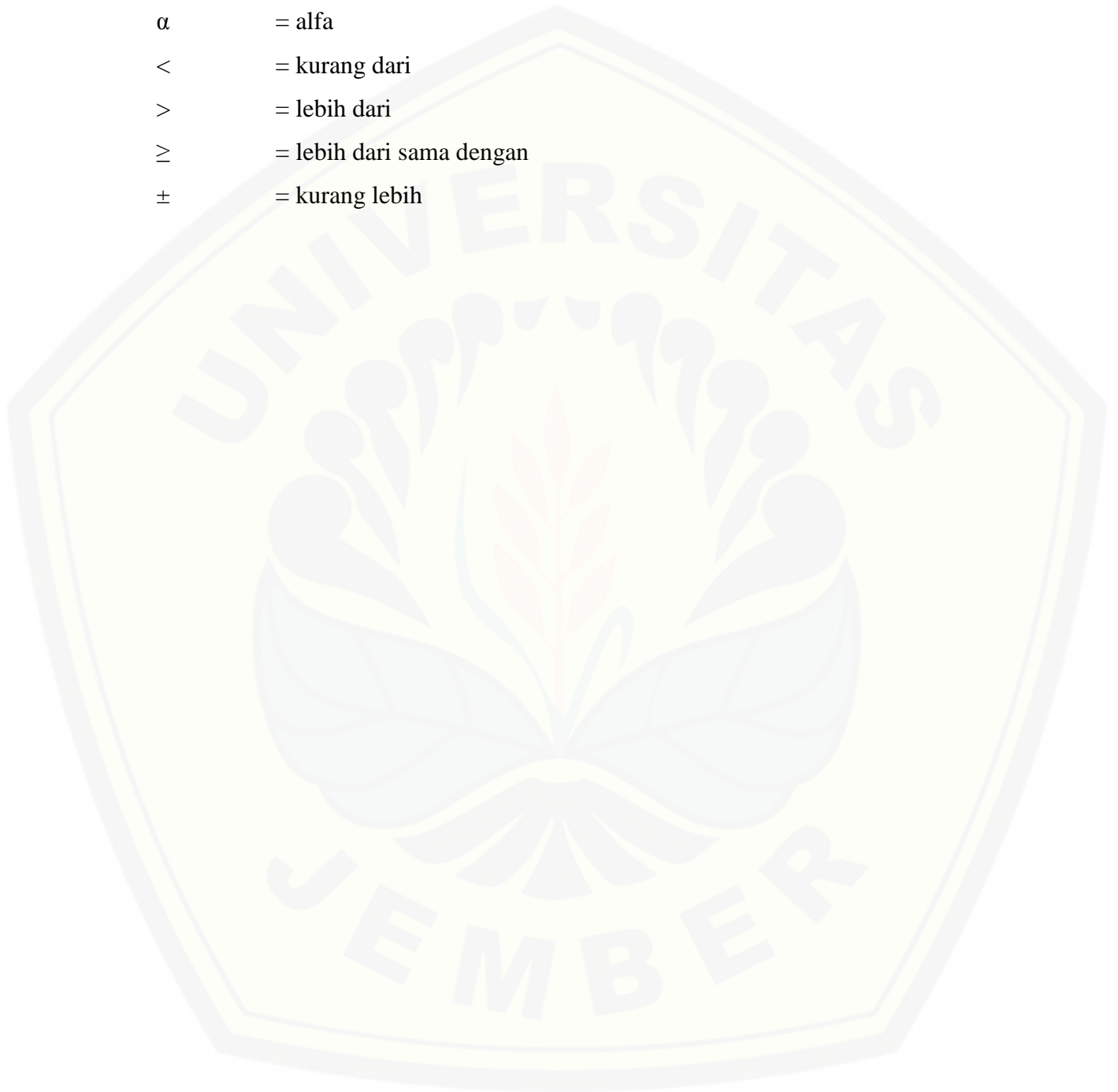
**DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI**

**Daftar Singkatan**

AKDR	= Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ASFR	= <i>Age Specific Fertility Rate</i>
BKB	= Bina Keluarga Balita
BKR	= Bina Keluarga Remaja
BKKBN	= Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional
BP2KB	= Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana
BPS	= Badan Pusat Statistik
CI	= <i>Confidence Interval</i>
CPR	= <i>Contraceptive Prevalence Rate</i>
IPPF	= <i>International Planned Parenthood Federation</i>
KB	= Keluarga Berencana
KUA	= Kantor Urusan Agama
OR	= <i>Odds Ratio</i>
PUS	= Pasangan Usia Subur
RPJM	= Rencana Pembangunan Jangka Menengah
SDKI	= Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SUSCATIN	= Kursus Calon Pengantin
TFR	= <i>Total Fertility Rate</i>
UKP	= Usia Kawin Pertama
UNICEF	= <i>United Nations Children's Fund</i>
WHO	= World Health Organization

**Daftar Notasi**

=	= sampai dengan
%	= persen
$\alpha$	= alfa
<	= kurang dari
>	= lebih dari
$\geq$	= lebih dari sama dengan
$\pm$	= kurang lebih



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Badan Pusat Statistik (BPS) mendefinisikan umur perkawinan pertama adalah umur saat wanita melakukan perkawinan secara hukum dan biologis pertama kali. Pernikahan dini berdasarkan aspek kesehatan adalah pernikahan yang terjadi sebelum anak berusia 20 tahun. Pada masa ini anak belum matang secara fisik, fisiologis, dan psikologis untuk bertanggung jawab terhadap keluarganya nanti dan anak yang akan dihasilkan dari pernikahan tersebut. Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menjelaskan bahwa usia pernikahan ideal adalah usia 21 hingga 25 tahun. Pendewasaan usia perkawinan bagi remaja itu sudah dicetuskan pada Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) 1994 di Kairo, Mesir. Pada usia itu seseorang sudah lebih mengerti tentang kesehatan reproduksinya, sehingga lebih siap mengatasi masalah kesehatan reproduksi setelah menikah.

Pernikahan dini di Indonesia tergolong tinggi dan menempati urutan ke-37 dari 63 negara di dunia (BKKBN, 2012). Pasangan yang berusia 15-19 di Indonesia persentasenya mencapai 46 persen, bahkan yang menikah di bawah 15 tahun sekitar 5 persen (Sutriyanto, 2014). Pada tahun 2010, jumlah seluruh penduduk wanita yang menikah di Jawa Timur sebanyak 171.862 orang dan sebanyak 34.016 orang atau sebesar 19,97 persen dari jumlah seluruh usia kawin pertama penduduk wanita adalah penduduk yang menikah di bawah usia 20 tahun (BKKBN, 2011). Data yang sama diperoleh dari Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BP2KB) Kabupaten Jember tahun 2014 dalam Laporan Pernikahan berdasarkan Umur Istri pada bulan Januari-September 2014, diketahui bahwa sebanyak 3170 atau sebesar 24 persen pernikahan terjadi pada wanita berusia kurang dari 20 tahun. Kecamatan Sukowono merupakan daerah yang memiliki jumlah pernikahan dini terbanyak di Kabupaten Jember yaitu sebanyak 218 pada bulan Januari-September 2014.

Pernikahan pada usia dini dapat mengakibatkan timbulnya berbagai permasalahan. Salah satu permasalahan tersebut yakni secara biologis wanita yang menikah di bawah usia 20 tahun mempunyai kemungkinan lebih besar dapat melahirkan anak lebih banyak daripada yang menikah di atas 20 tahun. Hal ini disebabkan karena wanita yang menikah di bawah usia 20 tahun memiliki rentang masa subur yang lebih panjang dibandingkan wanita usia di atas 20 tahun. Hal lain yang perlu diperhatikan yaitu risiko komplikasi yang terjadi saat kehamilan dan persalinan pada usia muda. Wanita yang melahirkan di bawah usia 20 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi karena tingkat emosionalnya masih labil dan organ reproduksinya juga belum kuat untuk melakukan proses persalinan, sehingga berperan meningkatkan angka kematian ibu dan bayi. Selain itu, pernikahan di usia dini juga dapat menyebabkan gangguan perkembangan kepribadian dan menempatkan anak yang dilahirkan berisiko terhadap kejadian kekerasan dan keterlantaran (Fadlyana dan Larasaty, 2009:138-139).

Pernikahan usia dini dapat berdampak pada peningkatan *Total Fertility Rate* (TFR). TFR merupakan rata-rata anak yang dilahirkan seorang wanita selama masa usia suburnya. TFR di Indonesia tahun 2002 sampai 2012 berada pada posisi stagnan yakni 2,6 (Kemenkes RI dalam Aryanti, 2014). Selain itu, *Age Specific Fertility Rate* (ASFR) di Indonesia mengalami peningkatan dari 35 per 1000 wanita menjadi 48 per 1000 wanita pada usia 15-19 tahun. Hal ini tidak sesuai dengan target yang seharusnya dicapai berdasarkan RPJM 2014 dan MDGS yakni 30 per 1000 wanita usia 15-19 tahun (Kemenkes RI, 2013). TFR yang mengalami stagnasi dan ASFR yang meningkat, merupakan akibat dari melemahnya program KB (Sukamdi, 2012 dalam Aryanti 2014). Apabila tidak dilakukan pengaturan kehamilan melalui program keluarga berencana (KB) akan mempengaruhi tingkat fertilitas di Indonesia. Salah satu program keluarga berencana yang dapat dilakukan yaitu penggunaan kontrasepsi. Penggunaan kontrasepsi menjadi sangat penting untuk menjarangkan, membatasi dan menunda kehamilan (Kemenkes RI dalam Aryanti, 2014).

Pelaksanaan program KB dinyatakan dengan pemakaian alat kontrasepsi yang merupakan salah satu cara menunda kehamilan. Persentase peserta KB aktif



di Indonesia pada tiga tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2010 persentase KB aktif sebanyak 75,4 persen, meningkat menjadi 75,96 persen pada tahun 2011 dan meningkat kembali pada tahun 2012 sebanyak 76,39 persen (Kemenkes RI, 2011; Kemenkes RI, 2012; Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan data Riskesdas (2013:165) proporsi penggunaan KB pada kelompok berisiko (wanita kawin usia 15-19 tahun) masih rendah yaitu sebesar 46 persen dan belum memenuhi target RPJM 2014 sebesar 60,1 persen. Jumlah peserta KB aktif di provinsi Jawa Timur sebanyak 5,969,038 wanita dan jumlah peserta KB aktif di Kabupaten Jember sebanyak 353,333 (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember diketahui bahwa jumlah akseptor KB aktif sebesar 68,77 persen. Hal ini masih kurang dari SPM yang ditetapkan yaitu sebanyak 70 persen (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2014).

Keputusan seseorang untuk melakukan suatu perilaku didasari oleh beberapa faktor yang ada dalam dirinya. Lawrence Green menyatakan bahwa terdapat 3 faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang yaitu faktor predisposisi yang meliputi pendidikan, pendapatan, pengetahuan, sikap, dll; faktor pemungkin yang terdiri dari ketersediaan fasilitas dan informasi; dan faktor penguat terdiri dari dukungan suami atau petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2003:13-14). Perilaku penggunaan kontrasepsi pada pasangan usia dini juga dapat dipengaruhi oleh ketiga faktor tersebut. Faktor pemungkin yang diketahui mempengaruhi penggunaan kontrasepsi salah satunya yaitu jarak ke pelayanan kesehatan, hal ini dikemukakan dalam penelitian Sri Panuntun *et al* (2009:92). Adhyani (2011:20) dalam penelitiannya juga menyatakan bahwa pemilihan alat kontrasepsi harus disesuaikan dengan kemampuan untuk membeli alat kontrasepsi agar tidak memberatkan. Orang yang berpendapatan rendah lebih memilih menggunakan alat kontrasepsi hormonal karena lebih murah dibandingkan alat kontrasepsi non hormonal.

Sebaliknya Mon dan Tippawan (2009) menjelaskan bahwa selain karakteristik sosial ekonomi, informasi dari petugas KB dan dukungan suami juga sangat mempengaruhi seseorang dalam menggunakan kontrasepsi. Wanita yang



mendapatkan informasi dari petugas KB lebih banyak yang menggunakan kontrasepsi daripada yang tidak mendapatkan informasi KB. Pasangan pernikahan dini mungkin belum begitu paham akan jenis-jenis kontrasepsi, sehingga mereka membutuhkan arahan atau dukungan dari petugas KB berupa pemberian informasi agar mereka dapat memilih kontrasepsi yang cocok dengan kebutuhannya. Suami dan istri bekerja sama dalam pemilihan alat kontrasepsi, artinya dukungan suami berpengaruh terhadap pemilihan alat kontrasepsi, jika suami mendukung maka istri akan menggunakan alat kontrasepsi secara terus menerus (Arliana *et al*, 2013:7). Hal yang sama juga diungkapkan Aryanti (2014:56) bahwa dukungan suami dalam penggunaan alat kontrasepsi berupa pemberian saran dalam memilih kontrasepsi, memberikan biaya, mengantarkan ibu ke tempat pelayanan kontrasepsi, dan mengingatkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

Penelitian tentang pemilihan kontrasepsi pada pasangan yang menikah di usia muda pernah dilakukan oleh Novieany di Kabupaten Jember yang berupa penelitian deskriptif. Variabel dalam penelitian tersebut antara lain umur, pendidikan, jenis alat kontrasepsi yang digunakan, alasan penggunaan kontrasepsi, pelayanan kontrasepsi, efek samping yang dialami, dan dukungan pasangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 77,66 persen responden telah menggunakan alat kontrasepsi, sebagian besar responden berumur 17-19 tahun dan memiliki tingkat pendidikan rendah. Alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah suntik sebesar 34,25 persen, dan alasan responden menggunakan kontrasepsi adalah untuk menjarangkan kehamilan (64,38 persen) dan menunda kehamilan (35,62 persen). Efek samping yang dialami responden setelah memakai alat kontrasepsi berupa amenorrhea, spotting, perubahan berat badan dan pusing. Responden mendapatkan penyuluhan tentang KB dari petugas KB dan mendapatkan dukungan pasangan yang ditunjukkan oleh lembar *informed consent*. Selain itu akses pelayanan mudah dijangkau .

Jika mengacu pada konsep Lawrence Green, penelitian tersebut baru membahas faktor predisposisi berupa karakteristik individu, faktor *enabling* berupa pelayanan kontrasepsi, dan faktor *reinforcing* berupa dukungan pasangan. Pada konsep Lawrence Green masih banyak faktor lain yang termasuk faktor

predisposisi, faktor *enabling*, dan faktor *reinforcing* yang belum dibahas dan diduga mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Mengingat pentingnya untuk mengendalikan fertilitas dan komplikasi kehamilan serta kematian ibu dan anak pada pasangan pernikahan dini dengan cara penundaan kehamilan melalui penggunaan kontrasepsi, maka peneliti tertarik untuk melengkapi penelitian mengenai faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini. Dengan adanya penelitian ini peneliti membantu untuk mengetahui preferensi dan faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini. Hasil dari penelitian ini nantinya dapat dilakukan intervensi guna mensukseskan program KB, meningkatkan target penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini, dan pengendalian jumlah penduduk melalui penundaan kehamilan.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang, dapat diambil rumusan masalah penelitian ini sebagai berikut : apa saja faktor yang berhubungan dengan preferensi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember ?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk menganalisis preferensi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi preferensi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi faktor predisposisi (usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak yang diinginkan); faktor pemungkin (jarak ke pusat

- pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas KB) dan faktor penguat (dukungan suami).
- c. Menganalisis hubungan faktor predisposisi (usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak yang diinginkan) dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.
  - d. Menganalisis hubungan faktor pemungkin (jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas KB) dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.
  - e. Menganalisis hubungan faktor penguat (dukungan suami) dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.
  - f. Menganalisis keberadaan faktor *confounding* pada hubungan antara faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat dengan penggunaan kontrasepsi.
  - g. Menganalisis faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi yang meliputi usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak yang diinginkan, jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas KB, dan dukungan suami.

#### **1.4. Manfaat**

##### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan tentang preferensi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

##### **1.4.2. Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sarana informasi dan bahan masukan bagi semua pihak, terutama bagi BP2KB Kabupaten Jember dalam upaya mensukseskan program keluarga berencana atau meningkatkan penggunaan kontrasepsi bagi pasangan pernikahan dini sebagai upaya

pengendalian jumlah penduduk melalui penundaan kehamilan. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi fasilitas pelayanan kesehatan agar meningkatkan pemantauan dan pelayanan KB bagi pasangan pernikahan dini.



## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Pernikahan Dini**

Menurut UU Perkawinan No.1 Tahun 1974 menjelaskan bahwa batasan minimal usia perkawinan bagi wanita adalah 16 tahun dan pria 19 tahun. Pernikahan dini berdasarkan aspek kesehatan adalah pernikahan yang terjadi sebelum anak berusia 20 tahun, dan anak belum matang secara fisik, fisiologis, dan psikologis untuk bertanggung jawab terhadap keluarganya nanti dan anak yang akan dihasilkan dari pernikahan tersebut (Fadlyana dan Larasaty, 2009:137). Menurut BKKBN usia pernikahan pertama bagi remaja idealnya 21 hingga 25 tahun. Pendewasaan usia perkawinan bagi remaja itu sudah dicetuskan pada Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) 1994 di Kairo, Mesir. Pada masa itu, remaja sudah tumbuh pengetahuan dan kesadaran dalam pengelolaan kesehatan reproduksi. Banyak permasalahan yang terjadi akibat pernikahan dini diantaranya faktor yang mendorong terjadinya pernikahan dini, pengaruhnya terhadap pendidikan, terjadinya kekerasan dalam rumah tangga, dampak terhadap kesehatan reproduksi, anak yang dilahirkan dan kesehatan psikologi anak.

Faktor yang mendorong terjadinya pernikahan dini selain faktor sosial dan ekonomi, ada juga keterkaitan dengan faktor tradisi dan budaya. Terdapat stigma di masyarakat yang menganggap aib apabila anak yang telah melewati masa pubertas tidak segera menikah, hal inilah yang menyebabkan angka pernikahan dini semakin meningkat. Harapan terjaminnya finansial anak setelah menikah menjadikan alasan orang tua menyetujui pernikahan dini. Alasan lain dari orang tua yaitu ketakutan akan terjadinya kehamilan di luar nikah akibat pergaulan bebas yang semakin marak di usia remaja (Fadlyana dan Larasaty, 2009:138). Pernikahan dini umumnya terjadi pada keluarga miskin daripada keluarga ekonomi atas. Pernikahan dini membuat keluarga terjat dalam kemiskinan dan hal ini menyebabkan kualitas kesehatan dan kesejahteraan yang rendah.



Semakin muda usia menikah, maka semakin rendah tingkat pendidikan yang dicapai oleh anak. Hal ini karena anak yang telah menikah mempunyai peran yang baru sebagai seorang istri atau suami yang memiliki tanggung jawab untuk membina rumah tangga yang sejahtera. Alasan lainnya karena biaya pendidikan yang terlalu mahal menyebabkan orang tua menikahkan anaknya sehingga terbebas dari beban tanggung jawab untuk menyekolahkan anak. Menurut penelitian UNICEF tahun 2006 dalam Fadlyana (2009:138) menyatakan bahwa pernikahan dini berhubungan dengan tingkat pendidikan rendah. Menunda usia pernikahan merupakan salah satu cara agar anak dapat mengenyam pendidikan lebih tinggi.

Ketidaksetaraan gender juga merupakan masalah yang dihadapi pada pernikahan dini. Umumnya mereka memiliki keterbatasan dalam mengeluarkan pendapat, hubungan seksual, pemakaian alat kontrasepsi, dan keinginan untuk memiliki anak. Selain itu dominasi pasangan seringkali menyebabkan timbulnya kekerasan dalam rumah tangga. Terbukti kekerasan pada perempuan usia 18 tahun tertinggi terjadi di India (Fadlyana dan Larasaty, 2009:138).

Secara biologis wanita yang menikah pertama dibawah usia 20 tahun mempunyai kemungkinan lebih besar dapat melahirkan anak lebih banyak daripada yang menikah diatas 20 tahun. Hal ini disebabkan karena wanita yang menikah dibawah usia 20 tahun memiliki rentang masa subur yang lebih panjang dibandingkan wanita usia diatas 20 tahun. Umur dapat menjadi indikator kematangan seorang wanita secara biologis terutama mempengaruhi kesuburan.

Usia ibu mempengaruhi proses kehamilan, kesehatan janin di dalam kandungan dan kelancaran persalinan. Usia ideal untuk hamil adalah 20-35 tahun. Sedangkan puncak kesuburan terjadi pada usia 20-29 tahun, pada usia ini kondisi fisik sangat prima dan rahim mampu menjalankan fungsinya dengan baik serta kondisi mental juga telah siap menghadapi kehamilan. Berbagai permasalahan kesehatan reproduksi yang terjadi pada wanita yang hamil di usia kurang dari 20 tahun, yaitu

- a. Keguguran karena cemas, terkejut, dan stress

- b. Persalinan prematur, terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi, terutama rahim yang belum siap menerima beban selama kehamilan atau karena kurangnya gizi
- c. Cacat bawaan, hal ini dipengaruhi karena kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, asupan gizi, pemeriksaan kehamilan, dan keadaan psikologi ibu yang belum stabil. Selain itu cacat bawaan juga disebabkan oleh keturunan dan pengguguran kandungan yang tidak tepat.
- d. Mudah terserang infeksi. Ini terjadi karena kurangnya asupan gizi, keadaan sosial ekonomi yang rendah.
- e. Anemia kehamilan atau kekurangan zat besi
- f. Keracunan kehamilan. Hal ini terjadi karena organ reproduksi yang belum siap hamil. Hal ini diperparah apabila ibu juga menderita anemia dalam bentuk preeklamsia dan eklamsia, yang berakibat pada kematian ibu
- g. Kematian ibu. Kematian yang terjadi saat persalinan karena ibu mengalami perdarahan dan infeksi, terutama pada ibu hamil yang terlalu muda
- h. Persalinan yang lama dan sulit. Penyebab persalinan yang lama karena kelainan letak janin, kelainan panggul, dan kurangnya kekuatan saat mengejan.

Permasalahan kehamilan yang terjadi ini diperparah dengan kurangnya pengetahuan dan informasi terhadap kehamilan yang sehat. Sehingga ibu terlalu muda hamil dengan serba tidak tahu dan kadang salah dalam mengambil keputusan (Anggarani *et al*, 2013). Mudanya usia saat melakukan hubungan seksual pertama kali meningkatkan risiko penularan penyakit menular seksual dan HIV. Banyak remaja yang telah menikah tidak memperhatikan kesehatan reproduksinya dan risiko terinfeksi HIV. Kurangnya dukungan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena terbentur izin suami, keterbatasan ekonomi, maka hal inilah yang meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas pada remaja (Fadlyana dan Larasaty, 2009:139).

Ketika remaja yang masih mengalami proses pertumbuhan dan mengalami kehamilan, di dalam tubuhnya terjadi persaingan nutrisi dengan janin yang dikandung, akibatnya berat badan ibu hamil sulit naik hal ini dapat disertai anemia karena mengalami defisiensi zat besi serta mengalami risiko melahirkan bayi

dengan berat badan lahir rendah. Selain itu anatomi panggul yang masih dalam masa pertumbuhan berisiko untuk terjadinya persalinan lama sehingga meningkatkan angka kematian bayi dan kematian neonatus.

## 2.2 Keluarga Berencana

### 2.2.1. Program Keluarga Berencana

Menurut WHO dalam Sulistyawati (2013:13) keluarga berencana merupakan tindakan untuk membantu individu/pasutri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal tersebut maka dibuatlah suatu cara mencegah dan menunda kehamilan, cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulistyawati, 2013:12). Guna menurunkan laju jumlah penduduk maka atas kerjasama dengan pemerintah pada tahun 1969 dibentuklah Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Awalnya program ini hanya memusatkan pada beberapa daerah seperti Jawa dan Bali, namun secara bertahap program KB telah tersebar di seluruh Indonesia. Program KB mendapat dukungan dari semua pihak, petugas KB terlatih menyalurkan pil dan kondom melalui sukarelawan-sukarelawan di desa, selain itu para pemimpin desa juga turut memberikan dukungan kepada masyarakat setempat. Dengan cara tersebut tingkat penerimaan dan dukungan masyarakat terhadap program KB cukup tinggi. Hal ini mengakibatkan program KB tidak hanya memusatkan perhatian pada pengurangan jumlah penduduk tapi juga peningkatan mutu hidup keluarga (Irianto, 2012:14).

Unsur penting program KB adalah memprioritaskan perancangan untuk melaksanakan KB secara tepat. Pendidikan dan komunikasi, melibatkan kegiatan-kegiatan inovatif serta penyebarluasan informasi untuk menyampaikan pesan KB menggunakan berbagai media massa. Slogan "*Dua Anak Cukup, wanita atau pria sama saja*" dijumpai dimana-dimana (Irianto, 2012:14). Dengan cara pencegahan kehamilan, penjarangan kehamilan, memperlama usia perkawinan, menunda perkawinan dan sebagainya (Daryanto, 1996:18-19).

### 2.2.2. Tujuan Program Keluarga Berencana

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kemampuan sosial ekonomi keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera. Tujuan lainnya yaitu pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan, dan kesejahteraan keluarga (Sulistyawati, 2013:13). Apabila kelahiran tidak diatur dan tidak dibatasi mengakibatkan terbentuknya keluarga besar dan terjadi peningkatan jumlah penduduk. Dengan mengatur kelahiran dan pembatasan kelahiran, jumlah penduduk suatu wilayah dapat ditekan bahwa pertumbuhannya menjadi negatif atau berkurang (Daryanto, 1996:19).

Keluarga berencana mempunyai gagasan untuk pembinaan keluarga sejahtera, sehingga tercipta suasana rumah tangga yang aman, tentram, damai dan bahagia. Keluarga berencana membangkitkan tanggung jawab kepada orang tua karena diharapkan anak yang dilahirkan merupakan anak yang dikehendaki. Keluarga berencana berarti merencanakan jarak waktu kehamilan berdasarkan keputusan suami dan istri dalam mengatur jumlah anak yang diinginkan sehingga dengan perencanaan tersebut kesehatan ibu dan anak dapat terjamin (Daryanto, 1996:19-20).

Tujuan pokok dari usaha keluarga berencana adalah :

- a. Meningkatkan derajat kesehatan serta kesejahteraan ibu dan anak, serta keluarga
- b. Meningkatkan taraf kehidupan rakyat dengan cara menurunkan angka kelahiran sehingga pertumbuhan penduduk tidak melebihi batas.

### 2.2.3. Sasaran Program Keluarga Berencana

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2010-2014 sebagai berikut :

- a. Meningkatnya *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) cara modern dari 57,4 persen (SDKI 2007) menjadi 65 persen.
- b. Menurunnya kebutuhan ber-KB tidak terlayani (unmet need) dari 9,1 persen (SDKI 2007) menjadi sekitar 5 persen dari jumlah pasangan usia subur.



- c. Meningkatnya usia kawin pertama (UKP) perempuan dari 19,8 tahun (SDKI2007) menjadi sekitar 21 tahun.
- d. Menurunnya *Age Specific Fertility Rate* (ASFR) 15-19 tahun dari 35 (SDKI 2007) menjadi 30 per seribu perempuan.
- e. Menurunnya kehamilan tidak diinginkan dari 19,7 persen (SDKI 2007) menjadisekitar 15 persen.
- f. Meningkatnya peserta KB baru pria dari 3,6 persen menjadi sekitar 5 persen.
- g. Meningkatnya kesertaan ber KB pasangan usia subur (PUS) Pra-S dan KS I anggota kelompok Usaha Ekonomi Produktif dari 80 persen menjadi 82 persen, dan Pembinaan Keluarga menjadi sekitar 70 persen.
- h. Meningkatnya partisipasi keluarga yang mempunyai anak dan remaja dalam kegiatan pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak melalui kelompok kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB) dari 3,2 juta menjadi 5,5 juta keluarga balita dan Bina Keluarga Anak dan Remaja (BKR) dari 1,5 juta menjadi 2,7 juta keluarga remaja.
- i. Menurunnya disparitas TFR, CPR dan unmet need antar wilayah dan antar sosial ekonomi (tingkat pendidikan dan ekonomi).
- j. Meningkatnya keserasian kebijakan pengendalian penduduk dengan pembangunan lainnya.
- k. Terbentuknya BKKBD di 435 kabupaten dan kota.
- l. Meningkatnya jumlah Klinik KB yang memberikan pelayanan KB sesuai SOP (*informed consent*) dari 20 persen menjadi sebesar 85 persen

#### 2.2.4. Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana

Ruang lingkup program keluarga berencana mencakup :

##### a. Ibu

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran. Adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah :

- 1) Tercegahnya kehamilan yang terlalu sering dalam jangka waktu yang terlalu dekat, sehingga kesehatan ibu dapat terjaga terutama yang berkaitan dengan kesehatan organ reproduksinya.



2) Meningkatkan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak dan istirahat yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan.

b. Suami

Memberikan suami kesempatan agar dapat melakukan hal berikut :

- 1) Memperbaiki kesehatan fisik
- 2) Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya

c. Keluarga

Dengan dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial seluruh anggota keluarga, dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orang tuanya (Sulistyawati, 2013:14).

## 2.3 Kontrasepsi

### 2.3.1. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra”, artinya melawan dan “konsepsi”, artinya pembuahan. Jadi, kontrasepsi berarti mencegah bertemunya sperma dengan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan (Irianto, 2012:15). Metode kontrasepsi bekerja dengan jalan mencegah sperma bertemu dan membuahi sel telur wanita (fertilisasi), atau mencegah telur yang telah dibuahi melekat pada dinding rahim (Sulistyawati, 2013:13). Persyaratan kontrasepsi yang baik adalah :

- a. Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat jika digunakan
- b. Berdaya guna, dalam arti jika digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah kehamilan.
- c. Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat.
- d. Terjangkau harganya oleh masyarakat
- e. Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali kesuburannya, kecuali untuk kontrasepsi mantap (Meilani, 2010).

### 2.3.2. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi terdapat berbagai macam, sehingga aseptor KB dapat memilih metode yang cocok dan sesuai dengan kebutuhan. Informasi mengenai jenis-jenis kontrasepsi secara jelas dan lengkap dapat memberikan kepuasan, kemantapan, dan kemandirian akseptor dalam pemilihan jenis kontrasepsi sehingga masyarakat dapat lebih berperan aktif dalam Gerakan Keluarga Berencana (Irianto, 2012). Menurut Manuaba *et al* (2009:238-245) metode kontrasepsi, dapat dibagi sebagai berikut :

#### a. Metode Keluarga Berencana Sederhana

Metode KB sederhana terdiri dari :

##### 1) Spermisida

Tujuan kontrasepsi ini adalah membunuh spermatozoa sebelum masuk ke dalam mulut rahim sehingga tidak cukup jumlah dan kemampuan untuk dapat melakukan pertemuan (konsepsi) dengan sel telur (ovum). Bentuk spermisida ini berupa tablet vaginal, jeli, tisu, dan sebagainya. Spermisida dipakai sekitar setengah jam sebelum melakukan hubungan seksual dan dipasang sedalam mungkin sekitar mulut rahim. Keuntungan menggunakan spermisida adalah penggunaannya hanya dilakukan sebelum melakukan hubungan seksual dan aman karena tidak menimbulkan efek samping. Kekurangannya mungkin dapat menurunkan keinginan seks, karena bentuk spermisida seperti jeli yang memberi efek licin, dan mengakibatkan iritasi pada liang senggama apabila orang mempunyai alergi, serta tingkat keberhasilan untuk mencegah kehamilan hanya 20-25%.

##### 2) Koitus interruptus

Koitus interruptus atau hubungan seks terputus adalah penis (kelamin laki-laki) dikeluarkan dari vagina ketika akan mencapai orgasme sehingga sperma keluar di luar liang senggama. Kelebihan metode ini yaitu tidak memerlukan biaya, tidak ada efek samping, dan tidak membutuhkan bahan atau alat serta pengawasan medis. Tetapi angka kegagalan metode ini sangat tinggi dan sulit dilakukan (Uliyah, 2010:132-133).

### 3) Pantang berkala

Pantang berkala atau disebut juga metode kalender, yaitu dengan cara menentukan awal fase subur dan mengamati siklus menstruasi bulanan secara berurutan. Pada metode ini, hubungan seksual dilakukan diluar masa subur. Riwayat pencatatan siklus menstruasi yang yang tepat, teratur dan dalam jangka waktu yang lama turut menentukan ketepatan mendapatkan masa subur dan masa tidak subur seorang perempuan. Kelebihan metode ini adalah sama sekali tidak mempengaruhi tubuh dan tidak memerlukan biaya. Tetapi keakuratannya susah dipastikan, dan harus rajin mencatat dan menghitung dengan tepat.

#### b. Metode Keluarga Berencana Efektif

Metode keluarga berencana efektif terdiri dari :

##### 1) Metode keluarga berencana hormonal

###### a) Pil

Kegunaan pil KB adalah mempengaruhi keseimbangan hormon. Pil diminum sesuai anjuran dan aturan agar bekerja secara efektif. Keuntungannya pil KB efektif bila diminum setiap hari, bila berhenti minum dapat terjadi kehamilan, dapat digunakan oleh semua golongan wanita baik yang sudah memiliki anak ataupun belum. Kerugiannya butuh motivasi yang kuat, harus selalu tersedia, diminum secara teratur setiap hari, pada bulan-bulan pertama pemakaian mungkin dapat menimbulkan efek samping, seperti mual, perdarahan atau flek diantara masa haid, kenaikan berat badan, atau sakit kepala.

###### b) Susuk/implant

Susuk atau implant merupakan metode kontrasepsi yang dimasukkan ke bawah permukaan kulit di sebelah dalam lengan. Susuk KB terdiri dari 6 tabung kecil, tabung-tabung ini berisi hormone progestin. Setelah dipasang susuk KB tak perlu diapa-apakan lagi, susuk KB dapat mencegah kehamilan selama 5 tahun. Kelebihan metode ini adalah sangat efektif untuk jangka panjang, hanya memerlukan sekali kunjungan dan tidak mengganggu hubungan seksual. Sedangkan kerugiannya terkadang pemakaian metode kontrasepsi ini bisa menyebabkan perdarahan dan menstruasi tidak teratur (Uliyah, 2010:84-88).

c) KB Suntik

Cara kerja KB suntik sangat sederhana. Caranya dengan menghalangi terjadinya ovulasi/masa subur dengan menghentikan keluarnya sel telur dari insung telur. Lender vagina menjadi lebih kental sehingga mempersulit sperma untuk masuk dalam rahim. Dengan demikian KB suntik mencegah bertemunya sperma dengan sel telur. Kebanyakan akseptor KB memilih KB suntik karena mereka hanya melakukan 1-3 bulan sekali dan tidak perlu melakukan perawatan seperti pemasangan spiral. Kontrasepsi suntik dinilai efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relatif murah dan aman (Uliyah, 2010:89-96).

2) Metode keluarga berencana non-hormonal

a) Alat Kontrasepsi dalam Rahim

Alat ini disebut spiral atau IUD yang dalam bahasa terjemahnya merupakan alat yang dimasukkan ke dalam tubuh. Metode ini menggunakan alat kontrasepsi yang ditanam di dalam rahim perempuan. Alat ini bekerja dengan dua tujuan yakni sangat berguna untuk mencegah terjadinya penempelan sel telur pada dinding rahim atau mencegah terjadinya pembuahan sel telur oleh sperma. Alat ini terbuat dari plastik atau plastik bercampur tembaga. Metode ini efektif, aman, dan nyaman bagi banyak perempuan. Alat ini dapat mencegah kehamilan sebanyak 99%. Spiral bisa bertahan hingga 10 tahun di dalam rahim dan setelah 10 tahun harus dikeluarkan dan diganti. Masa panjang pendeknya penggantian spiral tergantung pada jenis spiral yang dipakai. Kelebihan metode spiral adalah sangat efektif, berlaku jangka panjang, haid normal, jika dicabut bisa subur lagi, hanya perlu sekali kunjungan kecuali jika ada gangguan, dan tidak mengganggu kesuburan. Sedangkan kerugiannya adalah nyeri, spiral dapat berpindah tempat ataupun keluar dari rongga rahim, bisa menambah darah mens dan kram pada bulan pertama (Uliyah, 2010:96-114).

c. Metode Operasi Wanita

Metode operasi wanita atau sterilisasi wanita dilakukan dengan menyumbat tuba fallopi melalui bedah sehingga telur dan sperma tidak dapat bertemu (Pendit, 2006:16). Sebelum melakukan sterilisasi, akseptor KB diharuskan untuk mengikuti prosedur pemeriksaan yang komplis dan ketat untuk



mengetahui kondisi tubuh dan antisipasi terhadap permasalahan yang mungkin timbul. Pemeriksaan yang dilakukan terkait dengan pemeriksaan fisik general untuk mengetahui risiko anesthesia, faktor kontraindikasi, komplikasi operasi, riwayat kegemukan, serta pemeriksaan panggul untuk melihat ada tidaknya kista dan persoalan lain di panggul (Uliyah, 2010:115-121).

d. Metode Operasi Pria

Metode operasi pria atau vasektomi merupakan kontak, dengan jalan memotong vas deferens sehingga saat ejakulasi tidak terdapat spermatozoa dalam cairan sperma. Teknik ini sangat efektif dengan angka kegagalan 0,1-0,5%. Pria yang baru saja melakukan operasi harus menggunakan metode kontrasepsi lainnya saat melakukan hubungan seksual karena dikhawatirkan masih ada spermatozoa dalam cairan sperma sampai pemeriksaan memperlihatkan bahwa tidak ada sperma yang diejakulasikan atau mereka telah berejakulasi paling sedikit 20 kali (Pendit, 2006:17-18).

#### **2.4 Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Kontrasepsi**

Bertrand (1980) mengemukakan faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi yang terbagi dalam 3 faktor sebagai berikut : faktor sosio-demografi (pendidikan, pendapatan keluarga, status pekerjaan, umur, suku, dan agama); faktor sosial-psikologi (ukuran keluarga ideal, pentingnya nilai anak laki-laki, sikap terhadap keluarga berencana, dukungan suami, dan persepsi terhadap kematian anak); dan faktor yang berhubungan dengan pelayanan KB antara lain pengetahuan tentang sumber kontrasepsi, jarak ke pusat pelayanan dan keterlibatan dengan media massa. Faktor lain yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi adalah paritas, persepsi risiko kehamilan (Pendit, 2006:45-55). Disamping itu, menurut Mon dan Tippawan (2009) persepsi tentang kehamilan, persepsi manfaat kontrasepsi, ketersediaan kontrasepsi, serta sikap dan motivasi petugas mempengaruhi wanita yang menikah pada usia dini dalam menggunakan kontrasepsi.



#### a. Umur

Umur merupakan karakteristik individu yang menentukan dalam pemilihan metode kontrasepsi. Hartanto dalam Rakhmatasari (2013) mengategorikan tiga fase umur dalam pelayanan kontrasepsi, yaitu :

##### 1) Fase menunda kehamilan atau kesuburan

Fase menunda kehamilan atau kesuburan cocok bagi PUS yang memiliki istri berumur <20 tahun, dianjurkan untuk menggunakan kontrasepsi pil oral. Penggunaan kondom dirasa tidak efektif karena pasangan muda masih memiliki frekuensi hubungan seksual yang tinggi, sehingga penggunaan kondom memiliki tingkat kegagalan cukup tinggi. Ciri-ciri kontrasepsi yang dianjurkan pada fase ini adalah yang memiliki efektivitas tinggi dan reversibilitas.

##### 2) Fase menjarangkan kehamilan

Pada periode istri berumur 20-30 tahun merupakan umur yang ideal untuk proses kehamilan dan kelahiran, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak masing-masing anak 2-4 tahun. Fase ini juga merupakan usia reproduktif yang sehat. Penggunaan kontrasepsi AKDR dianjurkan pada fase ini. Ciri-ciri kontrasepsi yang cocok untuk periode ini adalah kontrasepsi yang memiliki efektivitas cukup tinggi, pemakaian untuk 2 anak dengan jarak antara 2-4 tahun, serta tidak mengganggu pengeluaran ASI.

##### 3) Fase menghentikan atau mengakhiri kehamilan

Periode umur 30 tahun atau lebih dari 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan. Pilihan utama kontrasepsi adalah kontrasepsi mantap. Ciri-ciri kontrasepsi yang cocok pada periode ini adalah kontrasepsi yang memiliki efektivitas yang sangat tinggi dan dapat dipakai untuk jangka panjang.

#### b. Pendidikan

Tingkat pendidikan akan membentuk pengetahuan seseorang. Secara teori semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya, sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikannya maka semakin rendah pula tingkat pengetahuannya. Pengetahuan atau kognitif merupakan faktor yang sangat penting dan berpengaruh untuk terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku seseorang yang didasari oleh pengetahuan akan lebih

lama dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003:121).

Tingkat pendidikan selain mempengaruhi kerelaan seseorang dalam menggunakan KB tetapi juga pemilihan suatu metode. Beberapa studi menyatakan bahwa kebanyakan pasangan yang berpendidikan tinggi menggunakan metode kalender. Hal ini diduga karena wanita yang berpendidikan tinggi menginginkan menggunakan cara efektif, tetapi tidak rela untuk mengambil risiko yang dialami apabila menggunakan metode kontrasepsi modern (Pendit, 2006:51). Menurut Eliason *et al* (2014:13), dalam penelitiannya menyatakan bahwa wanita yang tidak memiliki pendidikan formal secara signifikan lebih kecil kemungkinan untuk ikut keluarga berencana daripada orang-orang dengan pendidikan formal. Demikian pula, pasangan wanita yang tidak memiliki pendidikan formal secara signifikan lebih kecil kemungkinannya untuk menggunakan KB.

#### c. Pendapatan keluarga

Walaupun pemerintah telah mempertimbangkan besarnya biaya kontrasepsi yang dikeluarkan oleh keluarga, tetapi individual lebih memperhatikan keterbatasan anggaran harian mereka sendiri. Salah satu studi pada orang Indian di Quechua Peru menyatakan ada hubungan yang signifikan antara pendapatan dan keputusan dalam penggunaan kontrasepsi, sebagian dari mereka lebih memilih metode tradisional daripada metode modern, karena dianggap metode tradisional lebih murah. Biaya lain yang juga menjadi pertimbangan penggunaan kontrasepsi adalah biaya transportasi, termasuk waktu yang tersita untuk pergi ke klinik atau waktu perjalanan untuk memperoleh kontrasepsi sehingga mereka kehilangan pendapatan karena tidak bekerja (Pendit, 2006:51). Asumsi ini didukung oleh Adhyani (2011:20) yang menyatakan bahwa dalam pemilihan alat kontrasepsi harus disesuaikan dengan kemampuan untuk membeli alat kontrasepsi agar tidak memberatkan. Orang yang tergolong berpendapatan rendah lebih memilih alat kontrasepsi hormonal karena lebih murah daripada alat kontrasepsi non hormonal.

#### d. Status pekerjaan

Bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu, bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap keluarga. Status pekerjaan wanita dianggap penting dalam mempengaruhi perilaku penggunaan kontrasepsi. Wanita yang bekerja di luar rumah memiliki lebih banyak kesempatan untuk mengakses layanan Keluarga Berencana. Aktivitas yang tinggi di luar rumah juga berkontribusi terhadap penurunan keinginan perempuan untuk memiliki lebih banyak anak yang akan mengarah pada peningkatan penggunaan kontrasepsi untuk menunda kehamilan. Asumsi ini didukung oleh Fikree *et al* (2001:134) bahwa wanita yang memiliki pekerjaan sendiri atau bekerja di luar rumah memiliki pengaruh yang signifikan dengan penggunaan kontrasepsi.

#### e. Kepercayaan religius dan budaya

Beberapa daerah, kepercayaan religius atau budaya dapat mempengaruhi dalam penggunaan serta pemilihan metode kontrasepsi. Ada kepercayaan yang melarang wanita menggunakan metode kontrasepsi seperti metode sterilisasi, tetapi kepercayaan lain mengizinkan. Agama Islam tidak melarang pemakaian kontrasepsi secara umum, tetapi salah satu efek samping yang dialami wanita ketika menggunakan kontrasepsi adalah pola menstruasi yang tidak teratur. Hal ini menyulitkan mereka karena selama haid wanita dilarang melakukan ibadah sholat. Di sebagian masyarakat, wanita Hindu dilarang menyiapkan makanan selama haid sehingga pola haid yang tidak teratur dapat menjadi masalah (Pendit, 2006:55).

#### f. Paritas

Paritas seorang wanita dapat mempengaruhinya dalam menggunakan kontrasepsi dan cocok tidaknya jenis kontrasepsi yang digunakan. Pada wanita nulipara tidak dianjurkan menggunakan kontrasepsi AKDR karena pemasangannya yang sulit dan dapat mengganggu kesuburan di masa depan. Oleh karena itu perlu adanya informasi terkait pemilihan alat kontrasepsi pada wanita nulipara (Pendit, 2006:45).

#### g. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan umumnya datang

dari pengalaman juga dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan orang lain, didapat dari buku, surat kabar, atau media massa, elektronik (Notoatmodjo, 2003:121). Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dengan pendidikan yang tinggi maka diharapkan pengetahuan seseorang juga semakin luas. Akan tetapi tidak selalu orang yang berpendidikan rendah memiliki pengetahuan yang rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Wawan dan Dewi, 2010 dalam Permatasari 2012).

Penggunaan alat atau metode kontrasepsi berhubungan dengan pengetahuan seseorang. Menurut Rifa'I dalam Permatasari 2012 dengan meningkatnya pengetahuan tentang alat kontrasepsi, maka seseorang akan lebih mengerti mengenai jenis alat dan metode kontrasepsi, keuntungan dan kerugian yang diperoleh dalam memakai suatu alat dan metode kontrasepsi sehingga calon aseptor KB lebih cermat dalam memilih alat dan metode kontrasepsi sesuai kebutuhan.

#### h. Sikap terhadap keluarga berencana

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Menurut Newcomb, sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, tetapi merupakan dasar untuk melakukan tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2003:124). Pengetahuan yang tinggi dan sikap yang positif terhadap keluarga berencana akan memungkinkan seseorang untuk menggunakan kontrasepsi (Pegu *et al*, 2014:387).

#### i. Persepsi

Persepsi terhadap risiko kehamilan tidak saja mempengaruhi keputusan dalam menggunakan kontrasepsi, tetapi juga dalam pemilihan metode kontrasepsi tertentu. Seseorang yang menganggap diri mereka tidak berisiko tinggi untuk hamil, seperti yang sering dijumpai pada remaja mungkin akan menggunakan



kontrasepsi yang kurang efektif itupun jika mereka menggunakan (Pendit, 2006:55). Selain persepsi terhadap risiko kehamilan, persepsi tentang kehamilan, dan persepsi manfaat kontrasepsi secara signifikan meningkatkan alasan wanita yang menikah pada usia dini untuk menggunakan kontrasepsi. Persepsi, sikap, dan pengetahuan memiliki pengaruh yang lebih besar daripada faktor pelayanan dan faktor provider (Mon dan Tippawan, 2009:1063).

j. Jumlah anak yang diinginkan

Sebagian besar orang tua menginginkan anak dalam jumlah sedang (3-5 orang anak). Hal ini sejalan dengan BKKBN yang menyatakan bahwa untuk menuju keluarga yang bahagia, sejahtera dan berkualitas tidak perlu membentuk keluarga besar dengan jumlah anak yang banyak, jika tidak mampu memenuhi kebutuhan keluarga. Kebutuhan keluarga tidak hanya kebutuhan pangan, namun terdapat kebutuhan lain seperti sandang, perumahan, pendidikan, kesehatan dan kebutuhan masa depan anak. Kondisi perubahan jumlah anak yang diinginkan saat ini menunjukkan telah adanya pergeseran nilai yang dianut pada keluarga pascasosialisasi KB. Keluarga yang belum mendapatkan anak dengan jenis kelamin yang sesuai dengan yang diinginkan maka besar keluarga ideal menurut persepsi keluarga belum tercapai.

Menurut Hartoyo *et al* (2011), dalam penelitiannya menyatakan bahwa, semakin banyak jumlah anggota keluarga maka semakin banyak jumlah anak yang diinginkan. Meningkatnya jumlah anggota keluarga sebanyak dua orang maka akan meningkatkan jumlah anak yang diinginkan sebanyak satu anak. Keluarga yang belum mendapatkan anak dengan jenis kelamin yang sesuai dengan yang diinginkan maka besar keluarga ideal menurut persepsi keluarga belum tercapai.

k. Pentingnya nilai anak laki-laki

Mayoritas budaya masyarakat di dunia ini memang lebih menyenangi kelahiran anak laki-laki, dibandingkan anak perempuan. Preferensi jenis kelamin anak laki-laki menjadi hambatan untuk mewujudkan cita-cita dua anak harus dianggap ideal. Kebiasaan atau adat dari masyarakat yang memberikan nilai anak



laki-laki lebih dari anak perempuan akan memungkinkan keluarga mempunyai anak banyak.

l. Jarak ke pusat pelayanan

Tempat pelayanan mudah dijangkau oleh masyarakat meskipun tempat yang medannya jauh dan agak sulit dijangkau. Menurut Eliason *et al* (2014:11), dalam penelitiannya menyatakan bahwa jarak fasilitas pelayanan KB kurang dari 5 km lebih mungkin untuk mempengaruhi penggunaan KB dibandingkan dengan jika terletak lebih dari 5 km.

m. Ketersediaan alat kontrasepsi

Ketersediaan alat kontrasepsi terwujud dalam bentuk fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas dan sarana kesehatan (tempat pelayanan kontrasepsi). Agar dapat digunakan pertama kali metode kontrasepsi harus tersedia dan mudah didapat. Promosi media tersebut melalui media, melalui kontak langsung dengan petugas program KB, oleh dokter dan sebagainya, dapat meningkatkan secara nyata pemilihan metode kontrasepsi (Marbu, 2010 dalam Rakhmatarari 2013). Menurut Eliason *et al* (2014), dalam penelitiannya menyatakan bahwa ketersediaan metode kemungkinan besar mempengaruhi penggunaan KB modern dibandingkan dengan yang tidak tersedia.

n. Keterpaparan dengan media massa

Selain jalur pendidikan, pelaksana program dapat menggunakan media massa untuk memberikan informasi kepada masyarakat mengenai berbagai metode kontrasepsi yang tersedia. Informasi dapat melalui berbagai media seperti brosur, leaflet, radio, televisi, video dan sebagainya. Media massa juga dapat digunakan untuk menyebarluaskan pemakaian berbagai macam metode kontrasepsi yang benar dan aman (Pendit, 2006). Ngome *et al* (2014:8), dalam penelitiannya menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi meningkat dengan peningkatan tingkat akses media. Remaja perempuan yang memiliki tingkat akses terhadap media yang tinggi 1,6 dan 1,7 kali lebih mungkin untuk menggunakan kontrasepsi dibandingkan mereka yang tidak pernah mengakses media.

o. Informasi dari petugas KB

Tenaga kesehatan merupakan bagian dari sumber daya manusia yang sangat penting perannya dalam pembangunan kesehatan. Wanita yang mendapatkan informasi dari petugas KB lebih banyak yang menggunakan kontrasepsi daripada yang tidak mendapatkan informasi KB. Pasangan pernikahan dini mungkin belum begitu paham akan jenis-jenis kontrasepsi, sehingga mereka membutuhkan arahan atau dukungan dari petugas berupa pemberian informasi agar mereka dapat memilih kontrasepsi yang cocok dengan kebutuhannya (Mon dan Tippawan, 2009).

p. Dukungan suami

Salah satu peran suami dalam program KB yaitu dengan mendukung istri dalam ber-KB. BKKBN (2006) dalam Permatasari (2013) menyatakan bahwa dukungan suami terhadap istri dalam menggunakan kontrasepsi antara lain meliputi :

- 1) Memilih kontrasepsi yang cocok yaitu kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi istri.
- 2) Membantu istri dalam menggunakan kontrasepsi secara benar seperti mengingatkan untuk periksa ulang saat menggunakan metode kontrasepsi IUD.
- 3) Membantu mencari pertolongan bila terjadi efek samping maupun komplikasi
- 4) Mengantarkan ke fasilitas pelayanan untuk kontrol atau rujukan.
- 5) Mencari alternatif lain bila kontrasepsi yang digunakan saat ini kurang memuaskan.
- 6) Menggantikan pemakaian kontrasepsi bila keadaan istrinya tidak memungkinkan.

Hubungan seorang wanita dan pasangannya menjadi faktor dalam menentukan pemilihan metode kontrasepsi. Suami dan istri seharusnya bekerja sama dalam pemilihan alat kontrasepsi, artinya dukungan suami berpengaruh terhadap pemilihan alat kontrasepsi, jika suami mendukung maka istri akan menggunakan alat kontrasepsi secara terus menerus (Arliana *et al*, 2013:7). Beberapa bentuk dukungan suami dalam penggunaan alat kontrasepsi adalah

memberikan saran dalam memilih kontrasepsi, memberikan biaya, mengantarkan ibu ke tempat pelayanan kontrasepsi, dan mengingatkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang (Aryanti, 2014:56). Wanita yang mendiskusikan keluarga berencana dengan pasangan mereka 4.67 kali lebih mungkin untuk menggunakan metode keluarga berencana dibandingkan dengan mereka yang tidak berdiskusi dengan pasangannya (Eliason *et al*, 2014:13). Wanita yang disetujui menggunakan KB modern oleh pasangan 4.33 kali lebih mungkin untuk menggunakan metode keluarga berencana modern daripada mereka yang pasangannya tidak menyetujui.

## 2.5 Teori Perilaku

Konsep Green (1980) menganalisis tentang faktor determinan yang mempengaruhi perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Berdasarkan teori Green kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu, faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Kemudian perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas kesehatan atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya. Faktor ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan.
- c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*), yang meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2003:164-165).

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

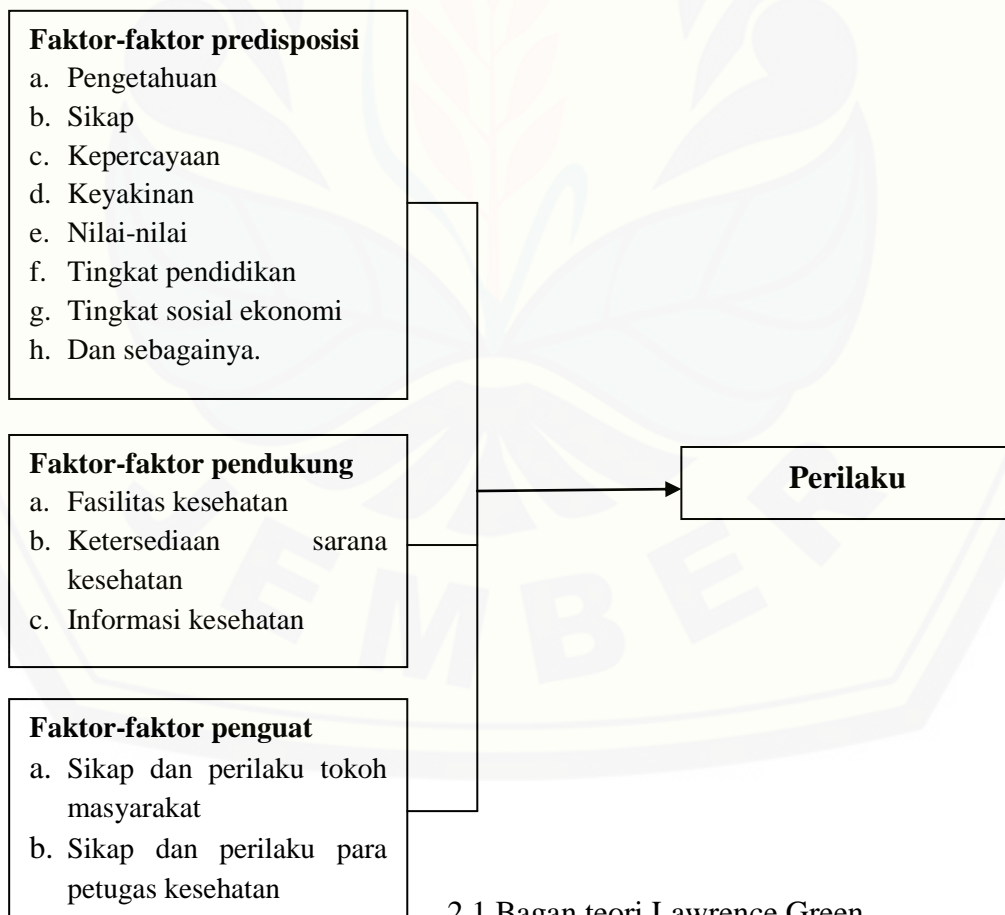
$$B = f (PF, EF, RF)$$

Keterangan :

- B = *Behavior*  
 PF = *Predisposing Factors*  
 EF = *Enabling Factors*  
 RF = *Reinforcing Factors*  
 F = fungsi

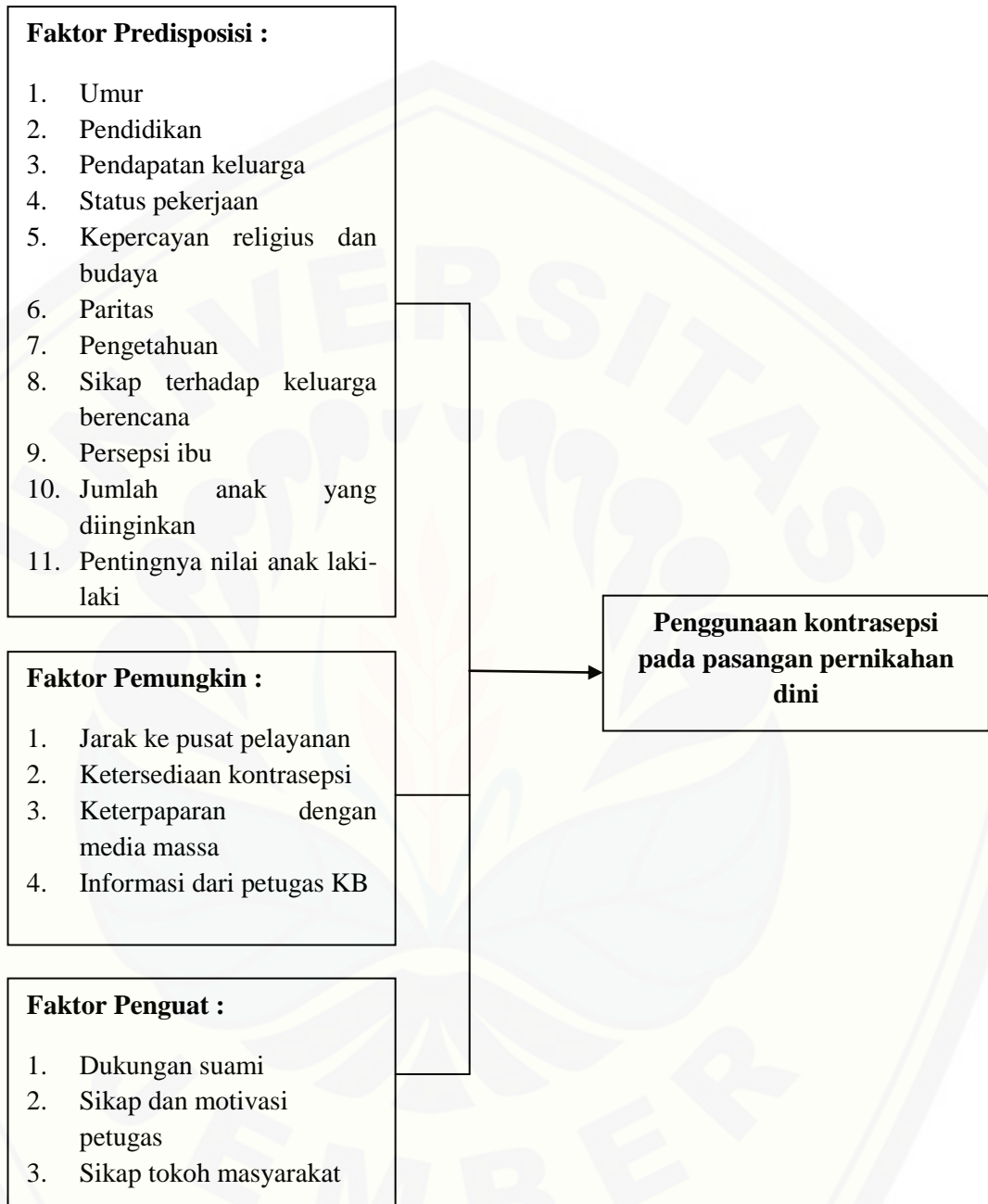
Berdasarkan konsep dari Green, dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan dapat ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas kesehatan dan sikap serta perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan juga mendukung dan memperkuat terbentuk perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003:165).

Hubungan antara faktor-faktor predisposisi, faktor-faktor pendukung, dan faktor-faktor penguat dapat digambarkan dalam bagan berikut ini :



2.1 Bagan teori Lawrence Green

## 2.6 Kerangka Teori

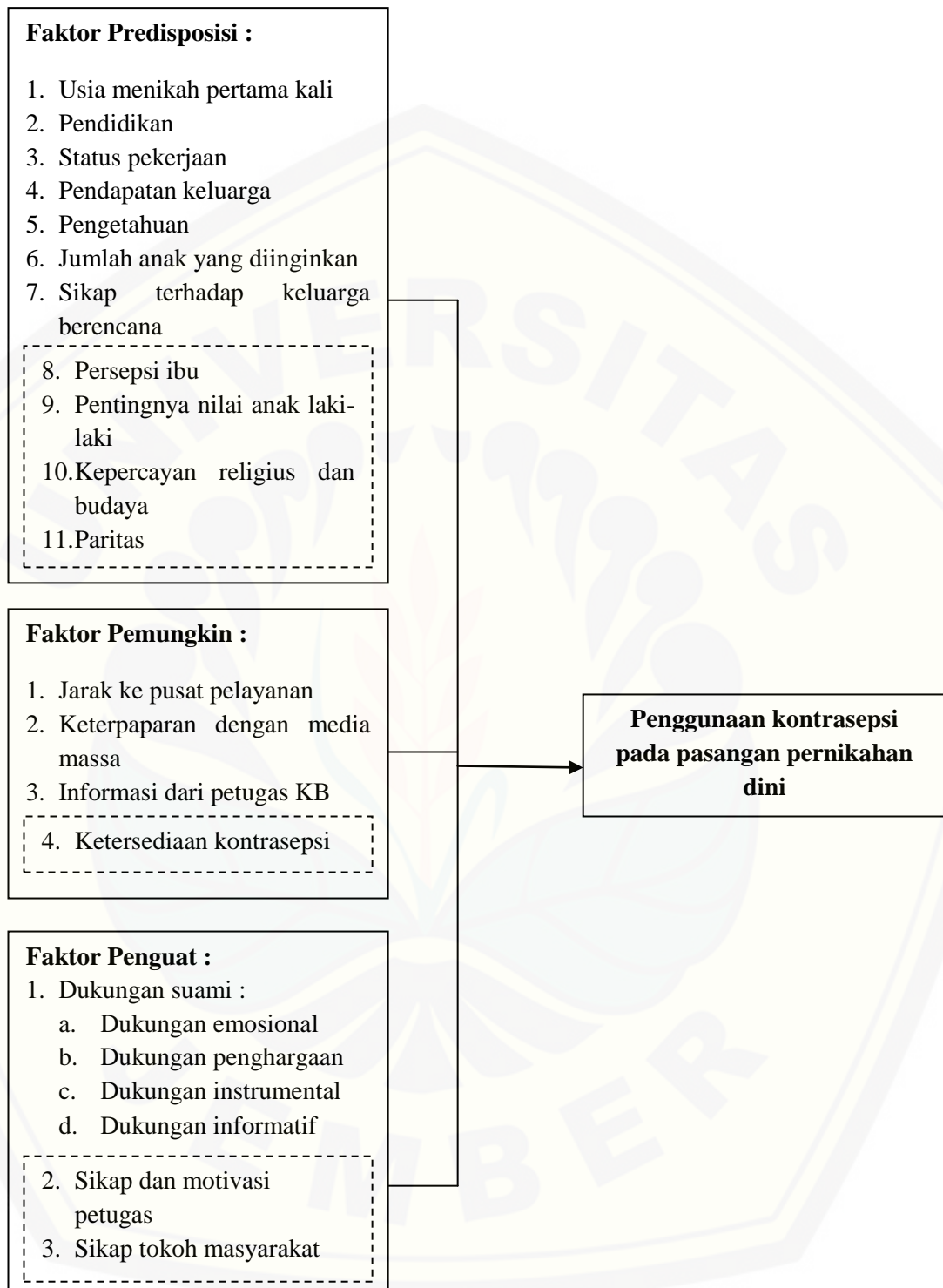


### 2.2 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Modifikasi dari teori Lawrence Green, Betrand (1980), Mon dan Tippawan (2009), Pendit (2006)



**2.7 Kerangka Konsep**



= diteliti     
  = tidak diteliti

2.3 Kerangka konsep Penelitian

Dari kerangka konseptual di atas diketahui bahwa penggunaan kontrasepsi dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor predisposisi meliputi usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, jumlah anak yang diinginkan, dan sikap terhadap keluarga berencana. Faktor pemungkin terdiri dari jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, dan informasi dari petugas KB. Serta faktor penguat yaitu dukungan suami. Ketiga faktor ini secara bersamaan dapat mempengaruhi penggunaan kontrasepsi.

## **2.8 Hipotesis**

Hipotesis adalah persyaratan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran, sebagaimana adanya pada saat fenomena dikenal dan merupakan dasar kerja serta panduan dalam verifikasi (Nasir *et al*, 2011:122). Berdasarkan literatur dan kerangka konseptual, ada banyak faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini. Untuk mencapai tujuan peneliti, hipotesis berikut dirancang sebagai dasar penelitian ini: penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini lebih tinggi pada wanita yang menikah di usia lebih muda, berpendidikan tinggi, bekerja, memiliki pendapatan tinggi, berpengetahuan tinggi, menginginkan maksimal 2 anak, memiliki sikap yang positif terhadap keluarga berencana, jarak ke pusat pelayanan kurang dari 5 km, terpapar media massa yang tinggi, mendapatkan informasi KB dari petugas KB, dan mendapatkan dukungan suami.

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian analitik observasional. Penelitian analitik yaitu penelitian yang ditunjukkan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam, tentang hubungan-hubungan variabel bebas dengan variabel terikat (Nazir, 2003:39). Apabila ditinjau dari keterpaparan peneliti, penelitian ini tergolong dalam penelitian observasional, yaitu peneliti hanya mengamati subyek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian, bukan memberi perlakuan atau intervensi terhadap subyek penelitian. Data yang telah diperoleh selanjutnya dikumpulkan, diolah, disajikan, dan diinterpretasikan sesuai dengan tujuan penelitian (Budiarto, 2003:54).

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Case Control* atau kasus kontrol, yaitu suatu penelitian analitik yang menyangkut bagaimana faktor resiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective*. Artinya efek (penyakit dan status kesehatan) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor resiko diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2010:41-42).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember yang memiliki jumlah terbanyak untuk kasus pernikahan pada wanita berusia kurang dari 20 tahun di Kabupaten Jember bulan Januari-September 2014.

#### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari - April 2015. Kegiatan dimulai dengan penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian sampai penyusunan pembahasan dan kesimpulan.

### 3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

#### 3.3.1. Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010:115). Populasi dalam penelitian ini terdiri dari dua populasi yaitu populasi kasus dan populasi kontrol. Populasi kasus adalah semua pasangan pernikahan dini yang menggunakan kontrasepsi di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember tahun 2014. Berdasarkan data yang diperoleh dari catatan registrasi pengguna kontrasepsi Puskesmas Sukowono dan masing-masing Bidan Desa dari 12 Desa di Kecamatan Sukowono diketahui bahwa pasangan pernikahan dini yang menggunakan kontrasepsi pada tahun 2014 sebanyak 39. Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah semua pasangan pernikahan dini yang tidak menggunakan kontrasepsi di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember tahun 2014 yaitu sebanyak 195.

#### 3.3.2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi penelitian, sehingga dalam pengambilan sampel dibutuhkan teknik tertentu agar hasil penelitian valid (Notoatmodjo, 2010:115). Menurut Budiarto (2003:127) pada penelitian *case control* banyaknya kontrol tidak harus selalu sama dengan kasus, tetapi kontrol bisa lebih banyak dari pada kasus dengan perbandingan satu kasus dengan dua kontrol (1:2) atau satu kasus dengan tiga kontrol (1:3) dan seterusnya. Hal ini dikarenakan kontrol lebih mudah diperoleh dibandingkan dengan kasus serta dapat memperkecil jumlah kasus yang dibutuhkan.

##### a. Sampel kasus

Sampel kasus adalah wanita yang menikah di usia kurang dari 20 tahun pada tahun 2014 yang menggunakan kontrasepsi, serta memiliki kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1) Berdomisili di wilayah Kecamatan Sukowono
- 2) Berstatus menikah
- 3) Paritas 0

## b. Sampel kontrol

Sampel kontrol adalah wanita yang menikah di usia kurang dari 20 tahun pada tahun 2014 yang tidak menggunakan kontrasepsi, serta memiliki kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1) Berdomisili di wilayah Kecamatan Sukowono
- 2) Berstatus menikah
- 3) Paritas 0

Perhitungan besar sampel pada penelitian ini menggunakan rumus uji hipotesis terhadap *Odds Ratio* (OR), maka besar sampel dapat dihitung menggunakan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:367-369) :

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{\alpha}\sqrt{2PQ} + Z_{\beta}\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

$n_1, n_2$ : Jumlah sampel pada masing-masing kelompok kasus dan kontrol

$Z_{\alpha}$  : Tingkat kemaknaan (0,05)

$Z_{\beta}$  : *Power of test* (80%)

$P$  : Perkiraan proporsi kelompok yang terpapar

$P_1$  : Perkiraan proporsi paparan pada kelompok kasus (Penelitian sebelumnya 0,4 dengan OR sebesar 5)

$P_2$  : Perkiraan proporsi paparan pada kelompok kontrol

$Q = (1-P)$ ,  $Q_1 = (1-P_1)$ ,  $Q_2 = (1-P_2)$

$$P_2 = \frac{OR \times P_1}{(1 - P_1) + (OR \times P_1)}$$

$$P_2 = \frac{5 \times 0,4}{(1 - 0,4) + (5 \times 0,4)}$$

$$P_2 = \frac{2}{2,6}$$

$$P_2 = 0,77$$

$$P = 1/2 (P_1 + P_2)$$

$$= 1/2 (0,4 + 0,77)$$

$$= 0,585$$



$$Q = 1 - P = 1 - 0,585 = 0,415$$

$$P_1 = 0,4 \quad Q_1 = 0,6$$

$$P_2 = 0,77 \quad Q_2 = 0,23$$

Sehingga perkiraan besar sampel minimum yang diperlukan dalam penelitian ini adalah :

$$n1 = n2 = \frac{(Z_{\alpha}\sqrt{2PQ} + Z_{\beta}\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{(1,96\sqrt{2 \times 0,585 \times 0,415} + 0,84\sqrt{0,4 \times 0,6 + 0,77 \times 0,23})^2}{(0,4 - 0,77)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{(1,37 + 0,54)^2}{(0,4 - 0,77)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{3,65}{0,14}$$

$$n1 = n2 = 26$$

Berdasarkan perhitungan besar sampel di atas, maka didapat sampel minimum sebanyak 26. Peneliti menggunakan perbandingan 1:2 sehingga diperoleh sampel kasus sebesar 26 dan sampel kontrol sebesar 52, sehingga total sampel sebesar 78 responden.

### 3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode *simple random sampling* yakni setiap anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. Teknik sampling ini digunakan pada kelompok kasus dan kontrol untuk menentukan sampel yang menjadi responden.

## 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

### 3.4.1 Variabel Penelitian

Menurut Nasir *et al* (2011:232), variabel adalah sifat yang akan diukur atau diamati yang nilainya bervariasi antara satu objek ke objek lainnya. Adapun variabel dalam penelitian ini adalah :

a. Variabel terikat (*dependent variabel*)

Variabel terikat disebut juga variabel output, kriteria atau konsekuen (Sugiyono, 2009 dalam Nasir *et al* (2011:235)). Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

b. Variabel bebas (*independent variabel*)

Variabel bebas disebut juga variabel prediktor, atau stimulus (Sugiyono, 2009:61). Variabel bebas merupakan variabel yang dapat mempengaruhi atau yang menjadi penyebab variabel terikat. Variabel bebas penelitian ini adalah usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak yang diinginkan, jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas KB, dan dukungan suami.

### 3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah sebuah seperangkat instruksi yang lengkap untuk menetapkan apa yang akan diukur dan bagaimana cara mengukur variabel serta dinyatakan dalam sebuah indikator (Supriyanto, S 2007 dalam Nasir *et al* (2011:245)). Definisi operasional bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen. (Notoatmodjo, 2010:85).

Definisi operasional dan cara pengukuran yang akan digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1 sebagai berikut :

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Hasil Ukur, dan Skala Data

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Perolehan Data	Hasil Pengukuran	Skala data
Variabel Terikat					
1.	Penggunaan Kontrasepsi	Responden menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi	Wawancara dengan kuisioner	Dikategorikan menjadi: a. Ya, jika istri menggunakan alat kontrasepsi b. Tidak, jika istri tidak menggunakan alat kontrasepsi	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Perolehan Data	Hasil Pengukuran	Skala data
Variabel Bebas					
2.	Usia menikah pertama kali	Usia pertama kali responden melangsungkan pernikahan berdasarkan ulang tahun terakhir	Data registrasi pernikahan di KUA Kecamatan Sukowono	Dikategorikan menjadi: a. 14-16 tahun b. 17-19 tahun	Nominal
3.	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh responden	Wawancara dengan kuisisioner	Dikategorikan menjadi: a. Pendidikan tinggi : Perguruan tinggi b. Pendidikan menengah : SMA/ sederajat c. Pendidikan rendah : Tidak sekolah, SD/MI, dan SMP/MTS/ sederajat (UU No. 20 tahun 2003 tentang Sisdiknas)	Ordinal
4.	Status pekerjaan	Aktivitas atau responden baik yang terikat jam kerja maupun yang tidak terikat, untuk mendapatkan penghasilan	Wawancara dengan kuisisioner	Dikategorikan menjadi: a. Bekerja b. Tidak bekerja	Nominal
5..	Pendapatan	Pemasukan yang diterima oleh keluarga	Wawancara dengan kuisisioner	Dikategorikan menjadi : a. Tinggi, jika pendapatan $\geq$ Rp 1.270.000,- per bulan b. Rendah, jika pendapatan $<$ Rp 1.270.000,- per bulan	Ordinal
6.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui atau dimengerti oleh responden tentang keluarga berencana, pengertian kontrasepsi, dan persyaratan, efek samping kontrasepsi	Wawancara dengan kuisisioner	Kuesioner pengetahuan dengan 10 pertanyaan. <u>Penilaian :</u> a. Jawaban benar nilai 1 b. Jawaban salah nilai 0 Jumlah skor yaitu : a. Maksimal = 10 b. Minimal = 0 Selanjutnya dari range 0-10 dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu tinggi dan rendah. Panjang kelas interval pada masing-masing kategori berdasarkan aturan distribusi frekuensi yang dikemukakan oleh Sudjana (2005) dengan perhitungan : Rentang = nilai maks-nilai min = 10-0 = 10 Banyak kelas = 2 Panjang kelas = rentang/banyak kelas = 10/2=5	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Perolehan Data	Hasil Pengukuran	Skala data
				<p>Sehingga skor total pengetahuan responden dilihat dari banyaknya jumlah skor diperoleh dari kategori :</p> <p>a. pengetahuan tinggi 6-10</p> <p>b. pengetahuan rendah 0-5</p>	
7.	Jumlah anak yang diinginkan	Banyaknya anak yang diinginkan oleh pasangan suami istri	Wawancara dengan kuisisioner	<p>Dikategorikan menjadi :</p> <p>a. <math>\leq 2</math> anak</p> <p>b. <math>&gt; 2</math> anak</p>	Nominal
8.	Sikap terhadap keluarga berencana	Reaksi atau respon responden terhadap pemahaman yang dimiliki tentang kontrasepsi.	Wawancara dengan kuisisioner	<p>Kuisisioner sikap dengan 14 pernyataan.</p> <p><u>Penilaian :</u></p> <p>Skor tiap item untuk pernyataan yang positif (1,2,3,4,9,11,12)</p> <p>a. Setuju = 2</p> <p>b. Tidak setuju = 1</p> <p>Skor tiap item untuk pernyataan yang negative (5,6,7,8,10,13,14)</p> <p>a. Setuju = 1</p> <p>b. Tidak setuju = 2</p> <p>Sehingga didapatkan skor penilaian dan klasifikasinya untuk 14 pernyataan tersebut sebagai berikut :</p> <p>a. Maksimal = <math>2 \times 14 = 28</math></p> <p>b. Minimum = <math>1 \times 14 = 14</math></p> <p>Selanjutnya dari range 0 - 28 dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu positif dan negatif. Panjang kelas interval pada masing –masing kategori berdasarkan aturan distribusi frekuensi yang dikemukakan oleh Sudjana (2005) dengan perhitungan :</p> <p>Rentang = nilai maks – nilai min  <math>= 28 - 14</math>  <math>= 14</math></p> <p>Banyak kelas = 2</p> <p>Panjang kelas  <math>= \text{rentang}/\text{banyak kelas}</math>  <math>= 14/2 = 7</math></p> <p>Sehingga skor total sikap responden dilihat dari banyaknya jumlah skor diperoleh dari kategori :</p> <p>a. Sikap positif : 21 - 28</p> <p>b. Sikap negatif : 14 – 20</p>	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Perolehan Data	Hasil Pengukuran	Skala data
9.	Jarak ke pusat pelayanan	Panjang lintasan dari tempat tinggal responden ke sarana pelayanan KB terdekat yang dinyatakan dalam km	Pengukuran dengan menggunakan GPS	Dikategorikan menjadi: a. Dekat, jaraknya < 5 km b. Jauh, jaraknya > 5 km	Nominal
10.	Keterpaparan dengan media massa	Frekuensi responden untuk mengakses macam media	Wawancara dengan kuisisioner	Penilaian kuisisioner keterpaparan dengan media massa : a. Setiap hari = 3 b. Lebih dari sekali tiap minggu = 2 c. Kurang dari sekali dalam seminggu = 1 d. Tidak pernah sama sekali = 0  Kemudian dijumlahkan dan dikategorikan menjadi : a. Tinggi, jika memiliki skor 4-9 b. Sedang, jika memiliki skor 1-3 c. Rendah, jika memiliki skor 0	Ordinal
11.	Informasi dari petugas KB	Pandangan responden terhadap dorongan petugas kesehatan atau petugas lapangan KB dalam bentuk membicarakan, mendukung, dan menyarankan agar ikut dalam program KB dengan menggunakan alat kontrasepsi	Wawancara dengan kuisisioner	Kuisisioner informasi dari petugas KB dengan 5 pernyataan. <u>Penilaian :</u> a. Ya = 1 b. Tidak = 0 Sehingga didapatkan skor penilaian dan klasifikasinya untuk 5 pernyataan tersebut sebagai berikut : a. Maksimal = $1 \times 5 = 5$ b. Minimum = $0 \times 5 = 0$ Selanjutnya dari range 0 - 5 dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu ya dan tidak. Panjang kelas interval pada masing – masing kategori berdasarkan aturan distribusi frekuensi yang dikemukakan oleh Sudjana (2005) dengan perhitungan : Rentang = nilai maks – nilai min $= 5 - 0$ $= 5$ Banyak kelas = 2 Panjang kelas $= \text{rentang/banyak kelas}$ $= 5/2 = 2,5$ Sehingga skor total Informasi dari petugas KB dilihat dari	Nominal



No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Perolehan Data	Hasil Pengukuran	Skala data
				banyaknya jumlah skor diperoleh dari kategori : a. Mendapatkan informasi: 3-5 b. Tidak mendapatkan informasi: 0 – 2	
12.	Dukungan suami	Bentuk perhatian dan dorongan dari suami yang dirasakan oleh responden dengan membicarakan, mendukung, serta menyarankan dalam penggunaan kontrasepsi	Wawancara dengan kuisisioner	Kuisisioner dukungan suami dengan 7 pernyataan. <u>Penilaian :</u> a. Ya = 1 b. Tidak = 0 Sehingga didapatkan skor penilaian dan klasifikasinya untuk 7 pernyataan tersebut sebagai berikut : a. Maksimal = $1 \times 7 = 7$ b. Minimum = $0 \times 7 = 0$ Selanjutnya dari range 0 - 7 dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu ya dan tidak. Panjang kelas interval pada masing – masing kategori berdasarkan aturan distribusi frekuensi yang dikemukakan oleh Sudjana (2005) dengan perhitungan : Rentang = nilai maks – nilai min $= 7 - 0$ $= 7$ Banyak kelas = 2 Panjang kelas $= \text{rentang/banyak kelas}$ $= 7/2 = 3,5$ Sehingga skor total dukungan suami dilihat dari banyaknya jumlah skor diperoleh dari kategori : a. Ya : 4 – 7 b. Tidak : 0 – 3	Nominal

### 3.5 Data dan Sumber Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini bersumber dari data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama baik kelompok maupun perseorangan. Data primer tentang pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak yang diinginkan, jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan

media massa, informasi dari petugas KB, dan dukungan suami diperoleh dengan cara wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner yang telah ditetapkan. Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari instansi terkait untuk mendukung hasil penelitian. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data pasangan pernikahan dini dari BP2KB dan data di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember

### **3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data**

#### **3.6.1. Teknik Perolehan Data**

Teknik pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Wawancara

Menurut Notoatmodjo (2010:139), wawancara merupakan suatu proses memperoleh keterangan atau informasi untuk penelitian secara lisan dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dan sasaran penelitian (responden) dengan menggunakan panduan wawancara yang berisi pertanyaan yang telah disiapkan. Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung kepada responden untuk memperoleh data mengenai pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak diinginkan, jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas KB, dan dukungan suami.

b. Dokumentasi

Menurut Arikunto (2006:236), dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda, dan sebagainya. Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data pernikahan dini yang diperoleh dari Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BP2KB) Kabupaten Jember tahun 2014 dalam Laporan Pernikahan berdasarkan Umur Istri pada bulan Januari-September 2014 dan data dari Kantor Urusan

Agama (KUA) Kecamatan Sukowono tentang jumlah pasangan pernikahan dini tiap desa beserta nama dan alamat bulan Januari-November 2014, serta data registrasi pengguna kontrasepsi dari Puskesmas Sukowono dan Bidan Desa.

### 3.6.2. Alat Perolehan Data

Alat perolehan data adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data yang berguna dalam penelitian (Nasir *et al*, 2011:249). Alat penelitian adalah segala peralatan yang digunakan untuk memperoleh, mengelola, dan mengintegrasikan informasi dari para responden yang dilakukan dengan pola pengukuran yang sama. Pada penelitian ini, alat yang digunakan adalah panduan wawancara berupa kuisisioner. Kuisisioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden (Nasir *et al*, 2011:256). Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengukur variabel usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak diinginkan, jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas KB, dan dukungan suami.

## 3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

### 3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar data dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, sehingga data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca dan dipahami. Cara penyajian data penelitian dikelompokkan menjadi tiga yaitu dalam bentuk teks, tabel dan grafik (Notoatmodjo, 2010:188). Hasil wawancara dan pengukuran dalam penelitian ini, disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabel tabulasi silang yang kemudian dijelaskan dalam bentuk teks. Sebelum data disajikan, maka untuk mempermudah analisis akan dilakukan beberapa hal sebagai berikut :

a. Pemeriksaan data (*editing*)

*Editing* merupakan kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai melakukan wawancara. Data yang telah dikumpulkan dari kuisisioner diperiksa kembali oleh peneliti sebelum data diolah untuk memastikan tidak ada hal yang meragukan atau menyimpang dari rencana dan tujuan yang ditetapkan. Apabila terdapat data yang kurang maka akan ditanyakan kembali kepada responden. Hal ini dilakukan untuk menjaga kualitas data serta menghilangkan keraguan terhadap data yang diperoleh.

b. Pengodean Data

Untuk memudahkan analisis, jawaban-jawaban dalam kuesioner perlu diberi kode dengan menaruh angka pada setiap jawaban. Hal ini sangat penting karena pengolahan data dilakukan dengan komputer.

c. Tabulasi (*tabulating*)

*Tabulating* adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya. Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel yang sesuai dengan variabel yang diteliti.

Data yang telah terkumpul kemudian akan diolah menggunakan *software* program pengelola data. Hasil pengolahan data tersebut kemudian akan diuraikan.

### 3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data tersebut dapat memberikan arti dan makna yang bermanfaat dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan cara analisis univariat, bivariat dan multivariat menggunakan bantuan *software* program pengelola data.

a. Analisis univariabel

Analisis univariabel digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun terikat (Notoatmodjo, 2010:182).



#### b. Analisis bivariabel

Analisis bivariabel merupakan analisis lanjut setelah diketahui distribusi masing-masing variabel. Analisis bivariabel dilakukan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Variabel bebas tersebut masing-masing dilihat hubungannya terhadap variabel terikat, yaitu penggunaan kontrasepsi dengan menggunakan uji *chi square* pada derajat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

Uji stratifikasi adalah sebuah metode analisis statistika yang ditujukan untuk mendapatkan estimasi kekuatan hubungan antara *exposure* dengan *outcome* dengan memperhitungkan pengaruh satu atau lebih faktor ketiga (variabel luar) yang berpotensi sebagai variabel pengganggu (*confounding factors*) (Siswosudarmo, 2015:122-126). Analisis yang digunakan adalah uji *Mantel Haenszel*. Dikatakan variabel *confounding* jika memiliki nilai *risk difference*  $\pm 15\%$ . Rumusnya adalah :

$$\text{Risk Difference} = \frac{\text{Crude OR/RR}}{\text{Adjusted MH_OR/RR}} \times 100\%$$

#### c. Analisis multivariabel

Analisis multivariabel dilakukan untuk menentukan hubungan berbagai variabel bebas dengan variabel terikat serta besar dan eratnya pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikat. Uji statistik yang digunakan pada analisis multivariabel ini adalah uji regresi logistik. Apabila nilai *p-value*  $< 0,05$ , maka gagal terima  $H_0$ . Hal ini berarti variabel tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap penggunaan kontrasepsi. Berdasarkan hasil analisis ini dapat diketahui variabel bebas apa saja yang bersama-sama mempengaruhi penggunaan kontrasepsi di kalangan pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.

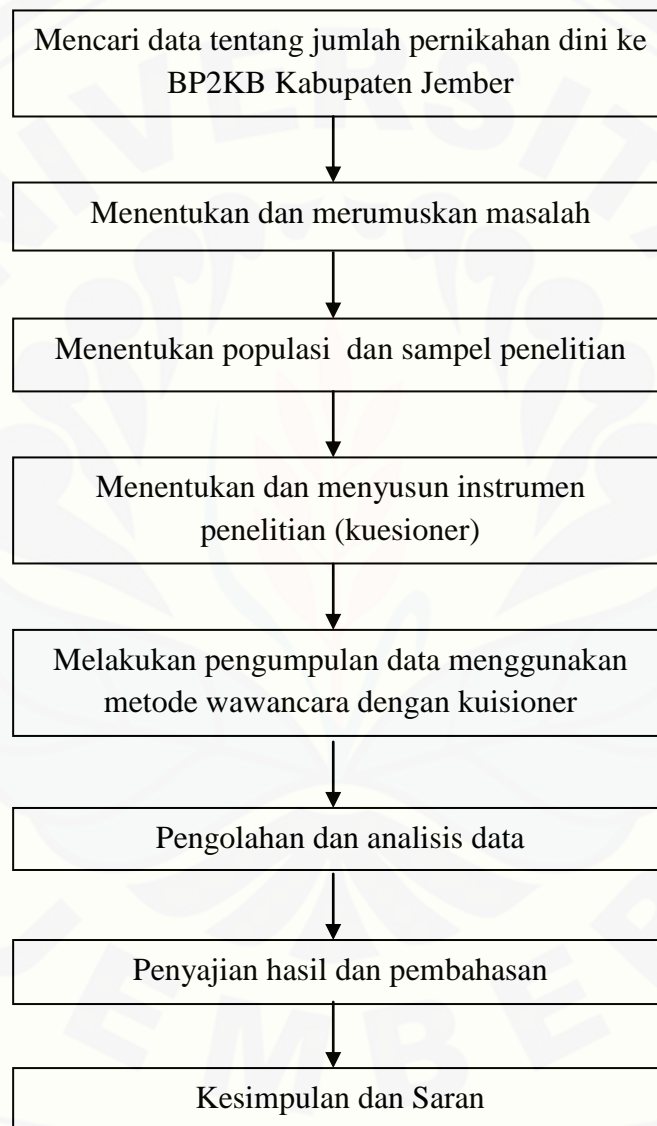
Interpretasi OR dari hasil analisis regresi logistik adalah sebagai berikut (Nasir *et al*, 2011):

- a. Jika nilai OR = 1, berarti tidak ada asosiasi variabel tersebut dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.



- b. Jika nilai  $OR > 1$ , berarti ada asosiasi positif variabel tersebut dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.
- c. Jika nilai  $OR < 1$ , berarti ada asosiasi negatif variabel tersebut dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

### 3.8 Alur Penelitian



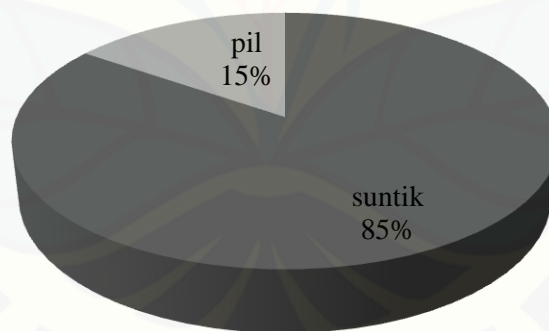
Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Hasil Penelitian

#### 4.1.1 Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini

Preferensi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini merupakan kecenderungan pasangan pernikahan dini untuk memilih kontrasepsi yang akan digunakan. Preferensi ini juga dilihat pada berbagai pilihan metode kontrasepsi yang digunakan. Berdasarkan data sekunder yang telah diperoleh dari BP2KB dan registrasi bidan desa di Kecamatan Sukowono, diketahui bahwa pasangan pernikahan dini lebih banyak yang tidak menggunakan kontrasepsi. Responden dalam penelitian ini berjumlah 78 orang yang terdiri dari kelompok kasus sebanyak 26 responden menggunakan kontrasepsi dan kelompok kontrol sebanyak 52 responden tidak menggunakan kontrasepsi. Distribusi pengguna kontrasepsi berdasarkan metode/alat kontrasepsi pada Gambar 4.1 menunjukkan bahwa pada kelompok kasus sebagian besar menggunakan metode kontrasepsi suntik sebesar 85%.



Gambar 4.1 Distribusi pengguna kontrasepsi berdasarkan metode/alat kontrasepsi.

Gambaran umum metode kontrasepsi yang digunakan oleh kelompok kasus dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Kontrasepsi yang digunakan oleh kelompok kasus

Karakteristik Responden	Metode Kontrasepsi				Total	
	Suntik		Pil		N	%
	n	%	n	%		
<b>Usia Menikah Pertama Kali</b>						
14-16 tahun	3	11,5	2	7,7	5	19,2
17-19 tahun	19	73,1	2	7,7	21	80,8
<b>Pendidikan</b>						
Pendidikan tinggi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pendidikan menengah	1	3,8	0	0,0	1	3,8
Pendidikan rendah	21	80,8	4	15,4	25	96,2
<b>Status Pekerjaan</b>						
Bekerja	2	7,7	0	0,0	2	7,7
Tidak bekerja	20	76,9	4	15,4	24	92,3
<b>Pendapatan</b>						
Tinggi	2	7,7	0	0,0	2	7,7
Rendah	22	84,6	2	7,7	24	92,3
<b>Pengetahuan</b>						
Tinggi	12	46,2	1	3,8	13	50,0
Rendah	10	38,5	3	11,5	13	50,0
<b>Jumlah Anak yang Diinginkan</b>						
>2	3	11,5	0	0,0	3	11,5
≤2	19	73,1	4	15,4	23	88,5
<b>Sikap</b>						
Positif	13	50,0	3	11,5	16	61,5
Negatif	9	34,6	1	3,8	10	38,5
<b>Jarak ke Pusat Pelayanan</b>						
Dekat	21	80,0	4	15,4	25	96,2
Jauh	1	3,8	0	0,0	1	3,8
<b>Keterpaparan dengan Media Massa</b>						
Tinggi	4	15,4	0	0,0	4	15,4
Sedang	12	46,2	2	7,7	14	53,8
Rendah	6	23,1	2	7,7	8	30,8
<b>Informasi dari petugas KB</b>						
Ya	5	19,2	1	3,8	6	23,1
Tidak	17	65,4	3	11,5	20	76,9
<b>Dukungan Suami</b>						
Ya	19	73,1	2	7,7	21	80,8
Tidak	3	11,5	2	7,7	5	19,2

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh pasangan pernikahan dini adalah metode suntik. Secara umum wanita yang menggunakan kontrasepsi metode suntik berada dalam kelompok umur yang lebih tua yaitu usia 17-19 tahun, berpendidikan rendah, tidak bekerja, dan berasal dari keluarga berpendapatan rendah. Berdasarkan tingkat pengetahuan responden baik yang memiliki pengetahuan tinggi maupun yang memiliki pengetahuan rendah sama-sama menggunakan kontrasepsi suntik, tetapi lebih banyak yang memiliki pengetahuan tinggi. Begitu pula pada variabel jumlah anak

yang diinginkan, wanita yang menginginkan maksimal 2 anak lebih banyak yang menggunakan kontrasepsi jenis suntik. Hal yang tidak jauh berbeda bahwa responden yang menggunakan kontrasepsi suntik lebih banyak pada yang memiliki sikap positif terhadap keluarga berencana, berdomisili dekat pusat pelayanan dan jarang terpapar dengan media massa. Berdasarkan informasi dari petugas KB pada responden yang tidak mendapatkan informasi lebih banyak yang menggunakan kontrasepsi jenis suntik, serta responden telah mendapatkan dukungan suami.

#### 4.1.2 Distribusi Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin dan Faktor Penguat

Distribusi faktor predisposisi (usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak yang diinginkan); faktor pemungkin (jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas KB) dan faktor penguat (dukungan suami) dapat dilihat pada Tabel 4.2. berikut :

Tabel 4.2 Distribusi Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin dan Faktor Penguat

Karakteristik Responden	Penggunaan Kontrasepsi				Total	
	Ya		Tidak		N	%
	n	%	n	%		
<b>Usia Menikah Pertama Kali</b>						
14-16 tahun	5	19,2	2	3,8	7	9,0
17-19 tahun	21	80,8	50	96,2	71	91,0
<b>Pendidikan</b>						
Pendidikan tinggi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pendidikan menengah	1	3,8	11	21,2	12	15,4
Pendidikan rendah	25	96,2	41	78,8	66	84,6
<b>Status Pekerjaan</b>						
Bekerja	2	7,7	5	9,6	7	9,0
Tidak bekerja	24	92,3	47	90,4	71	91,0
<b>Pendapatan</b>						
Tinggi	2	7,7	13	25,0	15	19,2
Rendah	24	92,3	39	75,0	63	80,8
<b>Pengetahuan</b>						
Tinggi	13	50,0	39	75,0	52	66,7
Rendah	13	50,0	13	25,0	26	33,3
<b>Jumlah Anak yang Diinginkan</b>						
>2	3	11,5	12	23,1	15	19,2
≤2	23	88,5	40	76,9	63	80,8
<b>Sikap</b>						
Positif	16	61,5	37	71,2	53	67,9
Negatif	10	38,5	15	28,8	25	32,1

Karakteristik Responden	Penggunaan Kontrasepsi				Total	
	Ya		Tidak		N	%
	n	%	n	%		
<b>Jarak ke Pusat Pelayanan</b>						
Dekat	25	96,2	49	94,2	74	94,9
Jauh	1	3,8	3	5,8	4	5,1
<b>Keterpaparan dengan Media Massa</b>						
Tinggi	4	15,4	1	1,9	5	6,4
Sedang	14	53,8	22	42,3	36	46,2
Rendah	8	30,8	29	55,8	37	47,4
<b>Informasi dari petugas KB</b>						
Ya	6	23,1	23	44,2	29	37,2
Tidak	20	76,9	29	55,8	49	62,8
<b>Dukungan Suami</b>						
Ya	21	80,8	33	63,5	54	69,2
Tidak	5	19,2	19	36,5	24	30,8

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa usia menikah pertama kali responden pada kedua kelompok baik kelompok yang menggunakan kontrasepsi maupun kelompok yang tidak menggunakan kontrasepsi mayoritas pada usia 17-19 tahun. Sebagian besar responden pada kedua kelompok berpendidikan rendah (84,6%). Responden yang berpendidikan rendah lebih banyak pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi. Pendidikan dapat mengindikasikan tingkat pengetahuan seseorang. Sebagian besar wanita yang menikah pada usia dini di Kecamatan Sukowono mempunyai status sosioekonomi rendah yang ditunjukkan oleh tidak ada wanita yang mengenyam pendidikan tinggi dan rendahnya persentase wanita yang bekerja serta berpendapatan tinggi. Jumlah anak yang diinginkan baik pada responden yang menggunakan kontrasepsi maupun yang tidak menggunakan kontrasepsi menginginkan maksimal 2 anak, hal ini ditunjukkan oleh sebagian besar responden pada kedua kelompok telah memiliki sikap yang positif terhadap keluarga berencana.

Komponen faktor pemungkin menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi maupun yang tidak menggunakan kontrasepsi berdomisili dekat dengan pusat pelayanan kesehatan. Kedua kelompok kurang terpapar media massa yang khusus membicarakan tentang keluarga berencana (47,4%), sementara pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi lebih banyak responden yang jarang mengakses media massa yang khusus membicarakan tentang keluarga berencana (53,8%),



sedangkan pada kelompok yang tidak menggunakan kontrasepsi lebih banyak responden tidak pernah terpapar media massa yang berisi tentang keluarga berencana (55,8%). Ditinjau dari keberadaan informasi pada kedua kelompok sama-sama menyatakan tidak mendapatkan informasi dari petugas KB, tetapi lebih banyak pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi sebesar (76,9%) Berdasarkan faktor penguat yaitu dukungan suami baik pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi maupun kelompok yang tidak menggunakan kontrasepsi menyatakan telah mendapatkan dukungan suami, tetapi dukungan suami lebih banyak pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi.

#### 4.1.3 Analisis Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Predisposisi

##### a. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Usia Menikah Pertama Kali

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan usia menikah pertama kali dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.3 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Usia Menikah Pertama kali

Usia Menikah Pertama Kali	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
14-16 tahun	5	19,2	2	3,8	7	9,0	0,038*	5,952(1,069-33,148)
17-19 tahun	21	80,8	50	96,2	71	91,0		1
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

\* = signifikan (*p value*<0,05)

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini dapat ditentukan oleh usia menikah pertama kali seseorang. Hasil analisis bivariabel menunjukkan *p-value* sebesar 0,038 dengan OR sebesar 5,952 (95% CI 1,069-33,148). Secara statistik usia menikah pertama kali berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena *p-value*<0,05. Berdasarkan hasil OR sebesar 5,952 (95% CI 1,069-33,148) menunjukkan bahwa usia menikah pertama kali merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini. Artinya penggunaan

kontrasepsi lebih mungkin pada wanita yang menikah di usia yang lebih muda dibandingkan wanita yang menikah pada usia yang lebih tua sebesar 5,952 kali.

b. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Pendidikan

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan pendidikan responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	N	%				
Pendidikan Menengah	1	3,8	11	21,2	12	15,4	0,052	0,149 (0,018-1,226)
Pendidikan Rendah	25	96,2	41	78,8	66	84,6		1
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh tingkat pendidikan seseorang. Hasil analisis bivariabel menunjukkan bahwa syarat *Chi-square* tidak terpenuhi karena banyak sel yang memiliki nilai *expected* kurang dari 5 lebih dari 20% maka analisis menggunakan *Fisher's Exact Test*. Hasil analisis tersebut menunjukkan *p-value* sebesar 0,052 dengan OR sebesar 0,149 (95% CI 0,018-1,226). Secara statistik pendidikan tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena  $p\text{-value} > 0,05$  dan hasil OR sebesar 0,149 (95% CI 0,018-1,226) menunjukkan bahwa pendidikan bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

c. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Status Pekerjaan

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan status pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Status Pekerjaan

Status Pekerjaan	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	N	%				
Bekerja	2	7,7	5	9,6	7	9,0	1,000	0,783 (0,141-4,340)
Tidak Bekerja	24	92,3	47	90,4	71	91,0		1
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh status pekerjaan seseorang. Hasil analisis bivariabel menunjukkan bahwa syarat *Chi-square* tidak terpenuhi karena banyak sel yang memiliki nilai *expected* kurang dari 5 lebih dari 20% maka analisis menggunakan *Fisher's Exact Test*. Hasil analisis tersebut menunjukkan *p-value* sebesar 1,000 dengan OR sebesar 0,783 (95% CI 0,141-4,340). Secara statistik status pekerjaan tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena  $p\text{-value} > 0,05$  dan hasil OR sebesar 0,783 (95% CI 0,141-4,340) menunjukkan bahwa status pekerjaan bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

#### d. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Pendapatan Keluarga

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan pendapatan responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.6 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Pendapatan

Pendapatan	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	2	7,7	13	25,0	15	19,2	0,067	0,25 (0,052-1,205)
Rendah	24	92,3	39	75,0	63	80,8		1
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh tingkat pendapatan seseorang. Hasil analisis bivariabel menunjukkan *p-value* sebesar 0,067 dengan OR sebesar 0,25 (95% CI 0,052-1,205). Secara statistik pendapatan tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena  $p\text{-value} > 0,05$  dan hasil OR

sebesar 0,25 (95% CI 0,052-1,205) menunjukkan bahwa pendapatan bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

e. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Pengetahuan

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan pengetahuan responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.7 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Pengetahuan

Pengetahuan	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	13	50,0	39	75,0	52	66,7	0,027*	0,333 (0,124-0,899)
Rendah	13	50,0	13	25,0	26	33,3		1
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

\* = signifikan ( $p\text{-value} < 0,05$ )

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini dapat ditentukan oleh tingkat pengetahuan seseorang. Hasil analisis bivariabel menunjukkan *p-value* sebesar 0,027 dengan OR sebesar 0,333 (95% CI 0,124-0,899). Secara statistik pengetahuan berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena  $p\text{-value} < 0,05$ . Berdasarkan hasil OR sebesar 0,333 (95% CI 0,124-0,899) menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan faktor protektif terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini. Artinya penggunaan kontrasepsi lebih mungkin pada wanita yang memiliki pengetahuan yang lebih rendah dibandingkan wanita yang memiliki pengetahuan tinggi sebesar 3,003 kali.

f. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Jumlah Anak yang Diinginkan

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan jumlah anak yang diinginkan dapat dilihat pada tabel berikut :



Tabel 4.8 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Jumlah Anak yang Diinginkan

Jumlah Anak yang Diinginkan	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	N	%				
Sedikit ( $\leq 2$ )	23	88,5	40	76,9	63	80,8	0,223	2,3 (0,587-9,008)
Banyak ( $> 2$ )	3	11,5	12	23,1	15	19,2		1
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh jumlah anak yang diinginkan. Hasil penelitian menyatakan bahwa pasangan pernikahan dini baik yang menggunakan kontrasepsi maupun yang tidak menggunakan kontrasepsi sebagian besar menginginkan maksimal 2 anak. Hasil analisis bivariabel menunjukkan *p-value* sebesar 0,223 dengan OR sebesar 2,3 (95% CI 0,587-9,008). Secara statistik jumlah anak yang diinginkan tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena  $p\text{-value} > 0,05$  dan hasil OR sebesar 2,3 (95% CI 0,587-9,008) menunjukkan bahwa jumlah anak yang diinginkan bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

g. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Sikap terhadap Keluarga Berencana

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan sikap responden terhadap keluarga berencana dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.9 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Sikap terhadap Keluarga Berencana

Sikap	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	N	%	N	%				
Positif	16	61,5	37	71,2	53	67,9	0,391	0,649 (0,241-1,749)
Negatif	10	38,5	15	28,8	25	32,1		1
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh sikap terhadap keluarga berencana. Hasil analisis bivariabel menunjukkan *p-value* sebesar 0,391 dengan OR sebesar 0,649



(95% CI 0,241-1,749). Secara statistik sikap tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena  $p\text{-value} > 0,05$  dan hasil OR sebesar 0,649 (95% CI 0,241-1,749) menunjukkan bahwa sikap bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

#### 4.1.4 Analisis Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Pemungkin

##### a. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Jarak ke Pusat Pelayanan Kesehatan

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan jarak ke pusat pelayanan kesehatan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.10 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Jarak ke Pusat Pelayanan Kesehatan

Jarak	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	N	%	n	%				
Dekat	25	96,2	49	94,2	74	94,9	1,000	1,531 (0,151-15,480)
Jauh	1	3,8	3	5,8	4	5,1		1
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh jarak ke pusat pelayanan kesehatan. Hasil analisis bivariabel menunjukkan bahwa syarat *Chi-square* tidak terpenuhi karena banyak sel yang memiliki nilai *expected* kurang dari 5 lebih dari 20% maka analisis menggunakan *Fisher's Exact Test*. Hasil analisis tersebut menunjukkan  $p\text{-value}$  sebesar 1,000 dengan OR sebesar 1,531 (95% CI 0,151-15,480). Secara statistik jarak ke pusat pelayanan kesehatan tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena  $p\text{-value} > 0,05$  dan hasil OR sebesar 1,531 (95% CI 0,151-15,480) menunjukkan bahwa jarak ke pusat pelayanan kesehatan bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

b. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Keterpaparan dengan Media Massa

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan keterpaparan responden dengan media massa dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.11 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Keterpaparan dengan Media Massa

Keterpaparan dg Media Massa	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Terpapar	18	69,2	23	44,2	41	52,6	0,065	2,837 (1,047 -7,685)
Tidak Terpapar	8	30,8	29	55,8	37	47,4		
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		1

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh tingkat keterpaparan seseorang dengan media massa yang khusus memuat tentang keluarga berencana. Hasil analisis bivariabel menunjukkan *p-value* sebesar 0,065 dengan OR sebesar 2,837 (95% CI 1,047-7,685). Secara statistik keterpaparan dengan media massa tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena  $p\text{-value} > 0,05$  dan hasil OR sebesar 2,837 (95% CI 1,047-7,685) menunjukkan bahwa keterpaparan dengan media massa bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

c. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Informasi dari petugas KB

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan informasi dari petugas KB dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.12 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Informasi dari petugas KB

Informasi dari petugas KB	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Ya	6	23,1	23	44,2	29	37,2	0,068	0,378 (0,131-1,096)
Tidak	20	76,9	29	55,8	49	62,8		
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		1

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh keberadaan informasi dari petugas KB. Hasil analisis bivariabel menunjukkan *p-value* sebesar 0,068 dengan OR sebesar 0,378 (95% CI 0,131-1,096). Secara statistik informasi dari petugas KB tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena *p-value* > 0,05 dan hasil OR sebesar 0,378 (95% CI 0,131-1,096) menunjukkan bahwa informasi dari petugas KB bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

#### 4.1.5 Analisis Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Penguat

##### a. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Dukungan Suami

Distribusi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini berdasarkan dukungan suami dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.13 Distribusi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini Berdasarkan Dukungan Suami

Dukungan Suami	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Ya	21	80,8	33	63,5	54	69,2	0,118	2,418 (0,784-7,462)
Tidak	5	19,2	19	36,5	24	30,8		
<b>Total</b>	26	100	52	100	78	100		

Tabel 4.13 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh dukungan suami. Hasil analisis bivariabel menunjukkan *p-value* sebesar 0,118 dengan OR sebesar 2,418 (95% CI 0,784-7,462). Secara statistik dukungan suami tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini karena *p-value* > 0,05 dan OR sebesar 2,418 (95% CI 0,784-7,462) menunjukkan bahwa dukungan suami bukan merupakan faktor risiko terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.

#### 4.1.6 Analisis Keberadaan Faktor *Confounding* pada Hubungan antara Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin, dan Faktor Penguat dengan Penggunaan Kontrasepsi.

Metode analisis statistika yang ditujukan untuk mendapatkan estimasi kekuatan hubungan antara *exposure* dengan *outcome* dengan memperhitungkan pengaruh satu atau lebih faktor ketiga (variabel luar) yang berpotensi sebagai variabel pengganggu (*confounding factors*) disebut uji stratifikasi. Berdasarkan hasil uji bivariabel menggunakan Uji *Chi Square* dan *Fisher Exact* diketahui hanya terdapat 2 faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini yaitu variabel usia menikah pertama kali dan pengetahuan. Oleh karena itu dilakukan pengujian stratifikasi menggunakan Uji *Mantel Haenszel* terhadap beberapa variabel yaitu variabel pendapatan, jumlah anak yang diinginkan, sikap, keterpaparan dengan media massa, dan dukungan suami. Variabel lain yaitu pendidikan, pekerjaan, jarak ke pusat pelayanan, dan informasi dari petugas KB tidak dilakukan uji stratifikasi dengan usia menikah pertama kali karena terdapat salah satu kategori yang kosong atau tidak terisi. Hasil uji stratifikasi dapat dilihat pada Tabel 4.14 berikut :

Tabel 4.14 Hasil Uji Stratifikasi dengan Usia Menikah Pertama Kali

Variabel	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Pendapatan dan usia menikah pertama kali</b>								
Tinggi	14-16 tahun	2	100,0	1	7,7	3	20,0	0,018*
	17-19 tahun	0	0,0	12	92,3	12	80,0	
Rendah	14-16 tahun	3	12,5	1	2,6	4	6,3	
	17-19 tahun	21	87,5	38	97,4	59	93,7	
<b>Jumlah anak yang diinginkan dan usia menikah pertama kali</b>								
≤2	14-16 tahun	4	17,4	1	2,5	5	7,9	0,053
	17-19 tahun	19	82,6	39	97,5	58	92,1	
>2	14-16 tahun	1	33,3	1	8,3	2	13,3	
	17-19 tahun	2	66,7	11	91,7	13	86,7	
<b>Sikap dan usia menikah pertama kali</b>								
Positif	14-16 tahun	4	25,0	1	2,7	5	9,4	0,067
	17-19 tahun	12	75,0	36	97,3	48	90,6	
Negatif	14-16 tahun	1	10,0	1	6,7	2	8,0	
	17-19 tahun	9	90,0	14	93,3	23	92,0	



Variabel		Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
		Ya		Tidak		n	%		
		n	%	n	%				
<b>Keterpaparan dengan media massa dan usia menikah pertama kali</b>									
Terpapar	14-16 tahun	2	11,1	1	4,3	3	7,3	0,044*	6,364 (1,134-35,720)
	17-19 tahun	16	88,9	22	95,7	38	92,7		
Tidak Terpapar	14-16 tahun	3	37,5	1	3,4	4	10,8		
	17-19 tahun	5	62,5	28	96,6	33	89,2		
<b>Dukungan Suami dan usia menikah pertama kali</b>									
Ya	14-16 tahun	3	14,3	2	6,1	5	9,3	0,072	4,958 (0,990-24,832)
	17-19 tahun	18	85,7	31	93,9	49	90,7		
Tidak	14-16 tahun	2	40,0	0	0,0	2	8,3		
	17-19 tahun	3	60,0	19	100,0	22	91,7		

\*= signifikan ( $p\text{-value} < 0,05$ )

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi dengan usia menikah pertama kali berdasarkan tingkat pendapatan keluarga menunjukkan pada pendapatan keluarga yang tinggi, usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan  $p\text{-value}$  sebesar 0,029. Pendapatan keluarga yang rendah, usia menikah pertama kali tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi dengan  $p\text{-value}$  sebesar 0,150. Pada strata ini diketahui *risk difference* lebih dari 15%, maka dapat diduga bahwa pendapatan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi, untuk membuktikannya dilakukan Uji *Mantel Haenszel* sehingga diperoleh  $p\text{-value}$  sebesar 0,018 dengan OR sebesar 10,229 (95% CI 1,361-76,876). Artinya penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini lebih tinggi pada wanita yang menikah pada usia yang lebih muda dan akan diperbesar kemungkinan penggunaannya apabila wanita tersebut berasal dari keluarga yang berpendapatan tinggi (OR 10,229; 95% CI 1,361-76,876).

Uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel jumlah anak yang diinginkan dan usia menikah pertama kali menunjukkan bahwa pada wanita yang menginginkan memiliki maksimal 2 anak, usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan  $p\text{-value}$  sebesar 0,055. Wanita yang menginginkan memiliki lebih dari 2 anak, usia menikah pertama kali dan penggunaan kontrasepsi juga tidak berhubungan secara signifikan dengan  $p\text{-value}$  sebesar 0,371. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* lebih dari 15%. Oleh karena itu dapat diduga bahwa jumlah anak yang



diinginkan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi, untuk membuktikannya maka dilakukan Uji *Mantel Haenszel* sehingga diperoleh *p-value* sebesar 0,053 dengan OR sebesar 7,380 (95% CI 1,173-46,407). Artinya penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini lebih tinggi pada wanita yang menikah pada usia yang lebih muda dan akan diperbesar kemungkinan penggunaannya apabila wanita tersebut menginginkan maksimal 2 anak (OR 7,380; 95% CI 1,173-46,407).

Selanjutnya uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel sikap dan usia menikah pertama kali. Hasil uji stratifikasi menunjukkan bahwa pada wanita yang memiliki sikap positif, usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,025. Wanita yang memiliki sikap negatif, usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 1,000. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* kurang dari 15%, maka dapat diduga bahwa sikap bukan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi.

Uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel keterpaparan dengan media massa dan usia menikah pertama kali menunjukkan bahwa pada wanita yang terpapar dengan media massa, usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,573. Wanita yang tidak terpapar media massa, usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan sebesar 0,026. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* kurang dari 15%. Oleh karena itu dapat diduga bahwa keterpaparan dengan media massa bukan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara usia menikah pertama kali dan penggunaan kontrasepsi.

Uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel dukungan suami dan usia menikah pertama kali menunjukkan bahwa pada wanita yang mendapatkan dukungan suami, usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,366. Wanita yang tidak mendapatkan dukungan suami, usia menikah pertama kali

dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,036. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* lebih dari 15%. Kondisi ini dapat diduga bahwa dukungan suami merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara usia menikah pertama kali dengan penggunaan kontrasepsi, untuk membuktikannya maka dilakukan Uji *Mantel Haenszel* sehingga diperoleh *p-value* sebesar 0,072 dengan OR sebesar 4,958 (95% CI 0,990-24,832), nilai OR menunjukkan bahwa dukungan suami merupakan faktor risiko yang dapat memperbesar penggunaan kontrasepsi. Artinya penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini lebih tinggi pada wanita yang menikah pada usia yang lebih muda dan akan diperbesar kemungkinan penggunaannya apabila wanita tersebut tidak mendapatkan dukungan suami (OR 4,958; 95% CI 0,990-24,832).

Selanjutnya uji stratifikasi pada variabel kedua yaitu pengetahuan terhadap beberapa variabel yaitu variabel pekerjaan, pendapatan, jumlah anak yang diinginkan, sikap, keterpaparan dengan media massa, jarak ke pusat pelayanan, informasi dari petugas KB, dan dukungan suami. Variabel pendidikan tidak dilakukan uji stratifikasi dengan pengetahuan karena terdapat salah satu kategori yang kosong atau tidak terisi. Hasil uji stratifikasi dapat dilihat pada Tabel 4.15 berikut :

Tabel 4.15 Hasil Uji Stratifikasi dengan Pengetahuan

Variabel	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Pekerjaan dan pengetahuan</b>								
Bekerja	Tinggi	1	50,0	4	80,0	5	71,4	0,055 (0,124-0,903)
	Rendah	1	50,0	1	20,0	2	28,6	
Tidak Bekerja	Tinggi	12	50,0	35	74,5	47	66,2	
	Rendah	12	50,0	12	25,5	24	33,8	
<b>Pendapatan dan pengetahuan</b>								
Tinggi	Tinggi	0	0,0	13	100,0	13	86,7	0,112 (0,165-1,107)
	Rendah	2	100,0	0	0,0	12	13,3	
Rendah	Tinggi	13	54,2	26	66,7	39	61,9	
	Rendah	11	45,8	13	33,3	24	38,1	
<b>Sikap dan pengetahuan</b>								
Positif	Tinggi	10	62,5	30	81,1	40	75,5	0,078 (0,123-0,968)
	Rendah	6	37,5	7	18,9	13	24,5	
Negatif	Tinggi	3	30,0	9	60,0	12	48,0	
	Rendah	7	70,0	6	40,0	13	52,0	

Variabel	Penggunaan Kontrasepsi				Total		<i>p-value</i>	OR (95% CI)	
	Ya		Tidak		n	%			
	n	%	n	%					
<b>Jumlah anak yang diinginkan dan pengetahuan</b>									
≤2	Tinggi	10	43,5	31	77,5	41	65,1	0,062	0,348 (0,130-0,934)
	Rendah	13	56,5	9	22,5	22	34,9		
>2	Tinggi	3	100,0	8	66,7	11	73,3		
	Rendah	0	0,0	4	33,3	4	26,7		
<b>Keterpaparan dengan media massa dan pengetahuan</b>									
Terpapar	Tinggi	11	61,1	18	78,3	29	70,7	0,028*	0,274 (0,094-0,794)
	Rendah	7	38,9	5	21,7	12	29,3		
Tidak Terpapar	Tinggi	2	25,0	21	72,4	23	62,2		
	Rendah	6	75,0	8	27,6	14	37,8		
<b>Jarak ke pusat pelayanan dan pengetahuan</b>									
Dekat	Tinggi	13	52,0	37	75,5	50	67,6	0,050*	0,324 (0,119-0,883)
	Rendah	12	48,0	12	24,5	24	32,4		
Jauh	Tinggi	0	0,0	2	66,7	2	50,0		
	Rendah	1	100,0	1	33,3	2	50,0		
<b>Informasi dari petugas KB dan pengetahuan</b>									
Ya	Tinggi	2	33,3	15	65,2	17	58,6	0,025*	0,258 (0,088-0,758)
	Rendah	4	66,7	8	34,8	12	41,4		
Tidak	Tinggi	11	55,0	24	82,8	35	71,4		
	Rendah	9	45,0	5	17,2	14	28,6		
<b>Dukungan suami dan pengetahuan</b>									
Ya	Tinggi	11	52,4	23	69,7	34	63,0	0,076	0,365 (0,135-0,987)
	Rendah	10	47,6	10	30,3	20	37,0		
Tidak	Tinggi	2	40,0	16	84,2	18	75,0		
	Rendah	3	60,0	3	15,8	6	25,0		

\*= signifikan ( $p\text{ value} < 0,05$ )

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel pekerjaan dan pengetahuan menunjukkan bahwa pada wanita yang bekerja, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan  $p\text{-value}$  sebesar 1,000, sedangkan pada wanita yang tidak bekerja, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan  $p\text{-value}$  sebesar 0,039. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* kurang dari 15%. Kondisi ini dapat diduga bahwa status pekerjaan bukan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi.

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel pendapatan dan pengetahuan menunjukkan bahwa pada wanita yang berasal dari keluarga berpendapatan tinggi, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan  $p\text{-value}$  sebesar 0,010, sedangkan pada

wanita yang berasal dari keluarga berpendapatan rendah, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,321. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* lebih dari 15%. Kondisi ini dapat diduga bahwa pendapatan keluarga merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi. Oleh karena itu dilakukan Uji *Mantel Haenszel* yang menunjukkan *p-value* sebesar 0,112 dengan OR 0,428 (95% CI 0,165-1,107). Artinya penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini lebih tinggi pada wanita yang memiliki pengetahuan lebih rendah dan akan diperkecil kemungkinan penggunaannya apabila wanita tersebut berasal dari keluarga yang berpendapatan rendah (OR 0,335; 95% CI 0,124-0,903).

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel sikap dan pengetahuan menunjukkan bahwa pada wanita yang memiliki sikap positif, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,177, sedangkan pada wanita yang memiliki sikap negatif, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,226. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* kurang dari 15%. Kondisi ini dapat diduga bahwa sikap bukan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel jumlah anak yang diinginkan dan pengetahuan menunjukkan bahwa pada wanita yang menginginkan maksimal 2 anak, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,006, sedangkan pada wanita yang menginginkan lebih dari 2 anak, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,516. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* kurang dari 15%. Kondisi ini dapat diduga bahwa jumlah anak yang diinginkan bukan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi.

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel keterpaparan dengan media massa dan pengetahuan menunjukkan bahwa pada



wanita yang terpapar media massa, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,231, sedangkan pada wanita yang tidak terpapar media massa, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,035. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* lebih dari 15%. Kondisi ini dapat diduga bahwa keterpaparan dengan media massa merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi, untuk membuktikannya maka dilakukan Uji *Mantel Haenszel* yang menunjukkan *p-value* sebesar 0,028 dengan OR 0,274 (95% CI 0,094-0,794). Artinya penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini lebih tinggi pada wanita yang memiliki pengetahuan lebih rendah dan akan diperkecil kemungkinan penggunaannya apabila wanita tidak terpapar dengan media massa (OR 0,274; 95% CI 0,094-0,794).

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel jarak ke pusat pelayanan dan pengetahuan menunjukkan bahwa pada wanita yang berdomisili dekat dengan pusat pelayanan, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,041, sedangkan pada wanita yang berdomisili jauh dari pusat pelayanan, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 1,000. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* kurang dari 15%. Kondisi ini dapat diduga bahwa jarak ke pusat pelayanan bukan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi.

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel informasi dari petugas KB dan pengetahuan menunjukkan bahwa pada wanita yang mendapatkan informasi dari petugas KB, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,198, sedangkan pada wanita yang tidak mendapatkan informasi dari petugas KB, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,035. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* lebih dari 15%. Kondisi ini dapat diduga bahwa informasi dari petugas KB merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan



kontrasepsi, untuk membuktikannya maka dilakukan Uji *Mantel Haenszel* yang menunjukkan *p-value* sebesar 0,025 dengan OR 0,258 (95% CI 0,088-0,758). Artinya penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini lebih tinggi pada wanita yang memiliki pengetahuan lebih rendah dan akan diperkecil kemungkinan penggunaannya apabila wanita tidak mendapat informasi dari petugas KB (OR 0,258; 95% CI 0,088-0,758).

Hasil uji stratifikasi penggunaan kontrasepsi berdasarkan variabel dukungan suami dan pengetahuan menunjukkan bahwa pada wanita yang mendapatkan dukungan suami, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,199, sedangkan pada wanita yang tidak mendapatkan dukungan suami, pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi juga tidak berhubungan secara signifikan dengan *p-value* sebesar 0,078. Pada strata ini menunjukkan *risk difference* kurang dari 15%. Oleh karena itu dapat diduga bahwa dukungan suami bukan merupakan faktor *confounding* bagi hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi.

Berdasarkan analisis stratifikasi terhadap 2 variabel yaitu usia menikah pertama kali dan pengetahuan dengan variabel lain yang diduga sebagai variabel *confounding*/perancu diketahui bahwa variabel yang dapat merancukan hubungan penggunaan kontrasepsi dengan usia menikah pertama kali adalah variabel pendapatan keluarga, dukungan suami, dan jumlah anak yang diinginkan. Variabel yang merupakan variabel *confounding*/perancu bagi hubungan antara penggunaan kontrasepsi dengan pengetahuan adalah variabel pendapatan keluarga, keterpaparan dengan media massa, dan informasi dari petugas KB.

#### 4.1.7 Analisis Hubungan Faktor yang Dominan terhadap Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini

Distribusi faktor yang dominan terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.16 Analisis Multivariabel menggunakan Uji Regresi Logistik: Faktor yang Dominan terhadap Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini

Variabel	Koefisien	S.E.	Wald	<i>p-value</i>	OR (95% CI)
<b>Usia Menikah Pertama Kali</b>					
14-16 tahun	3,889	1,399	7,731	0,005*	48,875 (3,151-758,140)
17-19 tahun					1
<b>Pengetahuan</b>					
Tinggi	-1,307	0,604	4,674	0,031*	0,271 (0,083-0,885)
Rendah					1
<b>Jumlah Anak yang Diinginkan</b>					
≤2	1,882	0,992	4,168	0,041*	6,569 (1,078-40,030)
>2					1
<b>Keterpaparan dengan Media Massa</b>					
Terpapar	1,678	0,648	6,711	0,010*	5,355 (1,504-19,063)
Tidak Terpapar					1

\*= signifikan (*p value*<0,05)

Tabel 4.16 menunjukkan bahwa faktor yang dominan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini adalah usia menikah pertama kali, pengetahuan, jumlah anak yang diinginkan dan keterpaparan dengan media massa. Berdasarkan analisis multivariat tersebut menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang menikah pada usia yang lebih muda daripada yang menikah pada usia lebih tua (OR 48,875; 95% CI 3,151-758,140). Berdasarkan variabel pengetahuan menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang berpengetahuan rendah dibandingkan wanita yang berpengetahuan tinggi (OR 0,271; 95% CI 0,083-0,885). Variabel ketiga yaitu variabel jumlah anak yang diinginkan menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang menginginkan maksimal 2 anak dibandingkan wanita yang menginginkan lebih dari 2 anak (OR 6,569; 95% CI 1,078-40,030). Variabel yang terakhir yaitu keterpaparan dengan media massa, hasil analisis menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang terpapar dengan media massa dibandingkan wanita yang tidak terpapar (OR 5,355; 95% CI 1,504-19,063).

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono masih sangat rendah. Penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini paling banyak didominasi suntik dan sisanya pil. Beberapa responden menyatakan alasan mereka tidak menggunakan kontrasepsi untuk penundaan kehamilan karena takut mengganggu kesuburan di kemudian hari, tidak dizinkan oleh ibu, baik ibu kandung maupun ibu mertua, serta ada yang beralasan dikarenakan masih muda sehingga tidak perlu menunda untuk memiliki anak. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat norma-norma di kalangan masyarakat mengenai penggunaan kontrasepsi.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) (2012) menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi tertinggi adalah suntik dan pil sebesar 31,90% dan 13,60%. Riset Kesehatan Dasar (2013) juga menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan usia subur 15-19 tahun hanya mencapai 46% masih di bawah target sebesar 66%. Selain itu suntik menempati peringkat pertama sebesar 34,40% dan pil menempati urutan kedua sebesar 13,90%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang menggunakan kontrasepsi metode suntik sebagian besar berusia 17-19 tahun. Pada usia di bawah 20 tahun, kontrasepsi yang dianjurkan adalah yang memiliki efektivitas tinggi seperti pil, suntik, dan AKDR. Responden banyak berpendidikan rendah, tidak bekerja, dan berasal dari keluarga berpendapatan rendah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Arliana yang menyatakan pemilihan kontrasepsi harus disesuaikan dengan anggaran dan pendapatan keluarga agar tidak memberatkan, wanita yang berasal dari keluarga yang berpendapatan rendah lebih memilih jenis kontrasepsi suntik karena lebih murah. Berdasarkan tingkat pengetahuan responden baik yang memiliki pengetahuan tinggi maupun yang memiliki pengetahuan rendah sama-sama menggunakan kontrasepsi suntik. Pada variabel jumlah anak yang diinginkan, wanita yang menginginkan maksimal 2 anak lebih banyak yang menggunakan kontrasepsi jenis suntik, artinya responden telah memiliki kesadaran untuk hanya memiliki maksimal 2 anak sesuai program BKKBN.

Hal yang tidak jauh berbeda bahwa responden yang menggunakan kontrasepsi suntik lebih banyak pada yang memiliki sikap positif terhadap keluarga berencana, berdomisili dekat pusat pelayanan dan jarang terpapar dengan media massa. Berdasarkan informasi dari petugas KB pada responden yang tidak mendapatkan informasi lebih banyak yang menggunakan kontrasepsi jenis suntik, serta responden telah mendapatkan dukungan suami. Hal ini menunjukkan kurangnya pemberian informasi dari petugas KB sehingga responden kurang mendapatkan informasi. Sebagian besar responden lebih menggunakan kontrasepsi suntik daripada pil karena dirasa suntik lebih praktis, sedangkan pil takut lupa waktu meminum pil. Secara umum dapat dikatakan bahwa disamping faktor kultural, intervensi pemerintah dalam berbagai bentuk, akses terhadap kontrasepsi, perkembangan teknologi kontrasepsi, media massa, sikap kalangan medis, keadaan sosial ekonomi masyarakat dapat mempengaruhi pola pemakaian kontrasepsi (Singarimbun, 1996 dalam Zahroh, 2014).

#### 4.2.2 Distribusi Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin dan Faktor Penguat

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa usia menikah pertama kali responden baik pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi maupun kelompok yang tidak menggunakan kontrasepsi mayoritas pada usia 17-19 tahun. Sebagian besar wanita yang menikah dini di Kecamatan Sukowono baik yang menggunakan kontrasepsi maupun yang tidak menggunakan kontrasepsi mempunyai tingkat pendidikan rendah. Hal ini karena anak perempuan umumnya masih mempunyai jangkauan yang kurang terhadap pendidikan formal. Selain itu masih terdapat norma-norma yang berlaku di masyarakat yang berkaitan dengan usia pernikahan anak. Menurut Ihromi (1995) dalam Zahroh (2014), terdapat beberapa alasan yang menjelaskan fenomena ini. Pertama, semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin terbatas jumlah sekolah yang tersedia, sehingga seorang murid harus pergi ke kota untuk melanjutkan SMP dan SMA, sedangkan banyak orang tua yang masih enggan bila anak perempuan mereka pergi ke sekolah yang jauh. Kedua, semakin tinggi tingkat pendidikan maka biaya yang dikeluarkan semakin banyak. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan wanita yang menikah pada



kedua kelompok berasal dari keluarga yang berpendapatan rendah, sehingga jarang sekali perempuan yang melanjutkan sekolah ke jenjang yang lebih tinggi. Umumnya di Kecamatan Sukowono setelah perempuan tamat Sekolah Dasar, mereka ke Pondok Pesantren karena di Sukowono cukup banyak berdiri Pondok Pesantren. Selain itu, adanya stigma di masyarakat yang menganggap aib apabila anak yang telah melewati masa pubertas tidak segera menikah (Fadlyana dan Larasaty, 2009:138).

Pendidikan mengindikasikan tingkat pengetahuan seseorang. Seseorang yang berpendidikan rendah akan memiliki tingkat pengetahuan yang rendah juga, dan sebaliknya seseorang yang telah mengenyam pendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi sehingga memiliki pengetahuan yang lebih luas, karena semakin banyak ilmu yang dipelajari dan wawasan yang diperoleh. Demikian juga dengan status pekerjaan, pekerjaan akan berpengaruh pada tingkat pendapatan. Seseorang yang bekerja akan memiliki upah yang akan menambah pendapatan keluarga daripada seseorang yang tidak bekerja

Sebagian besar wanita pada kedua kelompok tidak bekerja, tetapi masih lebih banyak pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi. Umumnya mereka sebagai ibu rumah tangga dan terkadang juga membantu pekerjaan suami di kebun. Hasil penelitian ini juga diketahui bahwa terdapat pasangan pernikahan dini baik suami maupun istri tidak bekerja, jadi biaya hidup mereka bergantung pada orang tua. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar wanita yang menikah pada usia dini di Kecamatan Sukowono mempunyai status sosioekonomi rendah yang ditunjukkan oleh tidak ada wanita yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi dan rendahnya persentase wanita yang bekerja serta berpendapatan yang tinggi.

Berdasarkan jumlah anak ideal yang diinginkan, sebagian besar responden pada kedua kelompok menjawab menginginkan maksimal 2 anak dengan jenis kelamin perempuan dan laki-laki sesuai dengan program yang dicanangkan KB dua anak cukup. Hal ini juga ditunjukkan oleh sikap responden baik pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi maupun kelompok yang tidak menggunakan kontrasepsi telah memiliki sikap yang positif terhadap keluarga



berencana. Sikap yang positif terhadap keluarga berencana dapat mempermudah penerimaan dan penggunaan kontrasepsi, tetapi sikap yang positif harus diimbangi oleh perilaku yang mendukung.

Komponen faktor pemungkin menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kedua kelompok berdomisili dekat dengan pusat pelayanan kesehatan. Berbagai penelitian menyatakan bahwa fasilitas kesehatan yang berkaitan dengan jarak ke pusat pelayanan berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi. Pada penelitian ini jarak rumah responden ke pusat pelayanan kesehatan baik Puskesmas, Pustu, Poskesdes, atau tempat praktik bidan tergolong dekat hampir di setiap daerah memiliki tempat pelayanan kontrasepsi. Ditinjau dari keterpaparan dengan media massa, pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi maupun tidak menggunakan kontrasepsi menyatakan kurang terpapar dengan media massa yang khusus membicarakan tentang keluarga berencana baik melalui media cetak maupun elektronik, tetapi pada kelompok kasus responden jarang mengakses media massa sedangkan pada kelompok kontrol lebih banyak responden tidak pernah mengakses media massa. Berdasarkan keberadaan informasi sebagian besar responden pada kedua kelompok menyatakan tidak mendapatkan informasi dari petugas KB, terutama pada kelompok kasus responden lebih banyak yang tidak mendapatkan informasi dari petugas KB dibandingkan kelompok kontrol. Informasi yang didapat secara langsung akan lebih melekat, apalagi jika yang memberi informasi adalah petugas kesehatan. Responden dalam penelitian ini kurang mendapat informasi dari petugas KB karena banyak dari mereka yang sebelum menikah tinggal di Pondok Pesantren sehingga kurang mendapat informasi yang berkaitan dengan keluarga berencana, setelah menikah pun mereka diam di rumah dan hanya mendapat informasi dari orang tua/mertua yang kebanyakan mempunyai pengetahuan yang kurang juga tentang keluarga berencana. Berdasarkan faktor penguat yaitu dukungan suami, sebagian besar responden pada kedua kelompok telah mendapatkan dukungan suami untuk menggunakan kontrasepsi. Kelompok yang menggunakan kontrasepsi lebih banyak mendapatkan dukungan suami dibandingkan kelompok yang tidak menggunakan kontrasepsi. Umumnya usia pasangan pernikahan dini

ini baik suami maupun istri hampir sama dan mereka tinggal bersama orang tua. Responden yang telah mendapatkan dukungan suami tetapi pengaruh orang tua/mertua dapat mempengaruhi responden untuk menggunakan kontrasepsi.

#### 4.2.3 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi dalam penelitian ini meliputi usia menikah pertama kali, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan, jumlah anak yang diinginkan, dan sikap terhadap keluarga berencana. Hasil penelitian menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, jumlah anak yang diinginkan, dan sikap terhadap keluarga berencana, tetapi dapat ditentukan oleh usia menikah pertama kali dan pengetahuan. Analisis stratifikasi terhadap variabel usia menikah pertama kali menunjukkan bahwa variabel pendapatan keluarga dan jumlah anak yang diinginkan merupakan variabel perancu. Demikian juga uji stratifikasi terhadap variabel pengetahuan menunjukkan bahwa variabel pendapatan keluarga merupakan variabel perancu.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini dapat ditentukan oleh usia menikah pertama kali. Penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang menikah di usia yang lebih muda yaitu usia 14-16 tahun dibandingkan yang menikah di usia 17-19 tahun. Penggunaan kontrasepsi pada usia ini menjadi sangat dianjurkan untuk penundaan kehamilan sampai usia yang ideal untuk mengalami proses kehamilan dan persalinan, mengingat banyak sekali risiko yang dapat terjadi apabila wanita melahirkan di usia tersebut. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arliana *et al* (2013), yang menyatakan tidak ada hubungan antara usia kawin pertama dengan penggunaan kontrasepsi. Demikian juga hasil penelitian Ngome dan Clifford (2014) di Zimbabwe yang menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi meningkat dengan meningkatnya umur, wanita yang menikah di usia 18-19 tahun lebih mungkin untuk menggunakan kontrasepsi sebesar 1,5 kali dibandingkan dengan wanita yang berusia 15-17 tahun. Hasil

penelitian didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Permatasari (2013), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara usia dan penghentian penggunaan IUD. Usia memiliki pengaruh dengan tingkat keterpaparan, besaran risiko, serta pengetahuan tentang KB.

Perbedaan pengalaman terhadap masalah kesehatan dan pengambilan keputusan juga dipengaruhi oleh usia individu. Wanita di kelompok usia muda memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami berbagai risiko pada sistem reproduksinya akibat proses kehamilan dan proses persalinan. Hal ini disebabkan karena kurang matangnya alat reproduksi, terutama rahim yang belum siap menerima beban selama kehamilan atau karena kurangnya gizi. Selain itu kelahiran prematur, muda mengalami keguguran, mudah terserang infeksi, cacat bawaan hingga kematian ibu dapat terjadi akibat kehamilan pada usia muda. Oleh karena itu penundaan kehamilan menjadi sangat penting untuk mencegah berbagai kemungkinan buruk yang dapat terjadi karena kehamilan dan persalinan yang terlalu muda.

Penelitian ini menyatakan penggunaan kontrasepsi tidak ditentukan oleh tingkat pendidikan seseorang. Hasil ini bertentangan dengan penelitian Eliason *et al* (2014) yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan dengan kesertaan keluarga berencana. Wanita yang tidak memiliki pendidikan formal secara signifikan lebih kecil kemungkinan untuk ikut keluarga berencana daripada orang-orang dengan pendidikan formal. Tingkat pendidikan akan membentuk pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya, sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikannya maka semakin rendah pula tingkat pengetahuannya. Tingkat pendidikan selain mempengaruhi kerelaan seseorang dalam menggunakan KB tetapi juga pemilihan suatu metode.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Suandi, yang menyatakan pendidikan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan kontrasepsi. Keterkaitan antara karakteristik pendidikan dengan penggunaan kontrasepsi, secara umum terdapat kecenderungan positif. Hasil penelitian ini distribusi wanita pada kedua kelompok yang berpendidikan menengah relatif

kecil, bahkan tidak ada satupun wanita yang berpendidikan tinggi, sehingga perbedaan penggunaan kontrasepsi berdasarkan tingkat pendidikan tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan. Keputusan seseorang dalam menentukan menggunakan kontrasepsi tidak selalu dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang dimiliki. Faktor yang mempengaruhi diantaranya adalah kepribadian, lingkungan hidup, serta pengalaman yang berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan. Selain itu, terdapat beberapa perempuan yang mempunyai pendidikan lebih tinggi lebih memilih tidak menggunakan kontrasepsi karena terkait dengan norma dan budaya yang ada. Sebagian wanita tidak menggunakan kontrasepsi karena takut mempengaruhi tingkat kesuburan dan desakan untuk segera memiliki anak setelah menikah. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adyani (2011) dan didukung oleh Ngome dan Clifford (2014) di Zimbabwe, yang menyebutkan pendidikan tidak berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi pada remaja. Tingkat pendidikan yang ditamatkan oleh seseorang tidak dapat mempengaruhi seseorang dalam menggunakan kontrasepsi. Hal ini menunjukkan bahwa tinggi rendahnya pendidikan tidak mempengaruhi peserta KB dalam menentukan jenis kontrasepsi yang digunakan (Arliana *et al*, 2013).

Penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan berdasarkan status pekerjaan seseorang. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Permatasari (2013) dan didukung oleh penelitian Fikree *et al* (2001), yang menyatakan bahwa pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan kontrasepsi, wanita yang tidak memiliki pekerjaan memiliki probabilitas yang kecil untuk menggunakan kontrasepsi. Wanita yang bekerja di luar rumah memiliki lebih banyak kesempatan untuk mengakses layanan Keluarga Berencana. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Pastuti dan Wilopo (2007) yang menyebutkan bahwa pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan kontrasepsi.

Berdasarkan distribusi responden dalam penelitian ini baik antara wanita yang menggunakan kontrasepsi maupun tidak menggunakan kontrasepsi,



diketahui bahwa sebagian besar responden tidak bekerja. Responden hanya diam di rumah sehingga kurang mendapatkan informasi dari luar rumah terutama tentang KB. Hal ini mendorong rendahnya penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono. Hal ini juga berkaitan dengan usia menikah, semakin muda usia menikah maka kesempatan untuk memperoleh pekerjaan serta memperoleh wawasan yang lebih luas menjadi berkurang. Hasil penelitian juga diketahui bahwa terdapat pasangan pernikahan dini baik suami maupun istri tidak bekerja, sehingga mereka tidak memiliki penghasilan dan biaya hidup mereka bergantung pada orang tua sedangkan penghasilan orang tua mereka juga tergolong rendah. Hal ini akan menjadi kendala ekonomi bagi akseptor dalam mengakses pelayanan kontrasepsi.

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan berdasarkan tingkat pendapatan. Uji stratifikasi dengan variabel usia menikah pertama kali dan pengetahuan menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang menikah di usia lebih muda dan diperbesar jika wanita berasal dari keluarga yang berpendapatan tinggi, serta penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang memiliki pengetahuan yang lebih rendah dan diperbesar apabila wanita berasal dari keluarga yang berpendapatan tinggi. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Mohammed (2014), Pastuti dan Wilopo (2007) yang menyebutkan bahwa responden yang memiliki pendapatan yang tinggi akan mempunyai peluang untuk menggunakan kontrasepsi. Pendapat ini didukung oleh Arliana *et al* (2014) yang mengasumsikan bahwa semakin tinggi pendapatan rata-rata keluarga perbulan maka daya beli responden akan kontrasepsi akan semakin besar pula.

Pendapatan memainkan peran penting dalam mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Keluarga yang memiliki pendapatan tinggi mungkin memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan yang lebih tinggi. Oleh karena itu, pendapatan sangat mencerminkan keterjangkauan perempuan terhadap akses ke metode kontrasepsi dan layanan KB. Salah satu studi pada orang Indian di Quechua Peru menyatakan ada hubungan yang signifikan antara pendapatan dan keputusan



dalam penggunaan kontrasepsi, sebagian dari mereka lebih memilih metode tradisional daripada metode modern, karena dianggap metode tradisional lebih murah. Pemilihan alat kontrasepsi harus disesuaikan dengan kemampuan untuk membeli alat kontrasepsi agar tidak memberatkan. Orang yang tergolong berpendapatan rendah lebih memilih alat kontrasepsi hormonal karena lebih murah daripada alat kontrasepsi non hormonal (Adhyani, 2011).

Pengetahuan umumnya datang dari pengalaman juga dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan orang lain, didapat dari buku, surat kabar, atau media massa, elektronik (Notoatmodjo, 2003:121). Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dengan pendidikan yang tinggi maka diharapkan pengetahuan seseorang juga semakin luas akan tetapi tidak selalu orang yang berpendidikan rendah memiliki pengetahuan yang rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Wawan dan Dewi, 2010 dalam Permatasari 2013).

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini dapat ditentukan berdasarkan tingkat pengetahuan. Penelitian ini searah dengan penelitian yang dilakukan oleh Rifa'I (2013) yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan penggunaan kontrasepsi. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa sebagian besar responden pada kedua kelompok di Kecamatan Sukowono telah memiliki pengetahuan yang tinggi tentang keluarga berencana, tetapi penggunaan kontrasepsi masih sangat rendah. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pegu *et al* (2014), berdasarkan karakteristik responden ada wanita yang mempunyai pengetahuan tinggi akan tetapi mereka enggan menggunakan alat kontrasepsi yang disebabkan oleh rendahnya pendidikan, aturan keluarga, adanya norma budaya dan kepercayaan agama. Penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang berpengetahuan rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun wanita memiliki pengetahuan yang rendah

tetapi faktor lain seperti peranan keluarga, masyarakat atau petugas kesehatan berpengaruh dalam mengajak wanita yang menikah pada usia muda untuk menggunakan kontrasepsi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan berdasarkan jumlah anak yang diinginkan responden. Uji stratifikasi dengan variabel usia menikah pertama kali menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang menikah di usia yang lebih muda dan diperbesar apabila wanita menginginkan maksimal 2 anak. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maula (2014) dan didukung oleh penelitian Hartoyo *et al* (2011), yang menyatakan bahwa jumlah anak yang diinginkan berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi. Hal ini dikarenakan wanita yang menikah di usia muda memiliki rentang masa reproduksi yang lebih panjang sehingga apabila wanita sudah mantap hanya memiliki maksimal 2 anak maka kemungkinan menggunakan kontrasepsi akan lebih tinggi untuk mencegah terjadinya kehamilan. Penelitian ini bertentangan dengan penelitian Pastuti dan Wilopo (2007) yang menyebutkan bahwa seseorang yang menginginkan jumlah anak >3 akan memiliki peluang yang lebih besar untuk membatasi kelahiran. Penelitian ini juga bertentangan dengan hasil penelitian Fikree *et al* (2001) yang menyebutkan diskusi mengenai besar keluarga ideal yang diinginkan tidak memiliki hubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan usia muda.

Jumlah anak adalah salah satu faktor yang menentukan apakah seorang wanita berkeinginan untuk menunda kehamilan dan apakah mereka menggunakan alat kontrasepsi. Anak memang memiliki nilai tertentu bagi keluarga. Jumlah anak yang hidup juga mencerminkan ide-ide pasangan tentang ukuran keluarga yang dapat berbeda tergantung pada masyarakat, budaya atau konteks lain. Pandangan orang tua mengenai nilai anak dan jumlah anak dalam keluarga dapat menjadi hambatan keberhasilan program KB. Pengaruh nilai anak dan keinginan orang tua untuk memiliki anak biasanya dinyatakan dengan jumlah anak ideal yang diputuskan oleh pasangan yang dimilikinya. Hal ini sangat subjektif karena

berkaitan dengan masalah ekonomi, penambahan keuntungan orang tua, dan biaya serta manfaat dari anak tersebut.

Sebagian besar responden pada kedua kelompok menginginkan maksimal 2 anak. Hal ini sejalan dengan BKKBN yang menyatakan bahwa untuk menuju keluarga yang bahagia, sejahtera dan berkualitas tidak perlu membentuk keluarga besar dengan jumlah anak yang banyak, jika tidak mampu memenuhi kebutuhan keluarga karena kebutuhan keluarga tidak hanya kebutuhan pangan, namun masih banyak kebutuhan lain seperti sandang, perumahan, pendidikan, kesehatan dan kebutuhan masa depan anak. Fakta ini juga menunjukkan bahwa keluarga saat ini, meskipun di perdesaan, menjawab bahwa keterbatasan sumber daya yang mereka miliki dengan membatasi jumlah anak yang menjadi lebih sedikit dari generasi sebelumnya.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, tetapi merupakan dasar untuk melakukan tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2003:121). Hasil penelitian menyatakan penggunaan kontrasepsi tidak ditentukan oleh sikap responden terhadap keluarga berencana. Penelitian ini searah dengan penelitian yang dilakukan oleh Pegu *et al*, (2014), yang menyatakan bahwa kebanyakan responden baik yang menggunakan kontrasepsi maupun yang tidak menggunakan kontrasepsi telah memiliki sikap yang positif terhadap keluarga berencana. Pengetahuan tentang keluarga berencana membuat para wanita memiliki sikap positif terhadap keluarga berencana dan mendorong wanita untuk menggunakan kontrasepsi, tetapi pada kenyataannya sikap positif tidak diimbangi oleh perilaku untuk menggunakan kontrasepsi terutama pada kelompok kontrol. Hal ini bisa dipengaruhi oleh norma sosial yang ada di masyarakat, rendahnya pendidikan, agama, dukungan suami, dan status ekonomi.

#### 4.2.4 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin dalam penelitian ini meliputi jarak ke pusat pelayanan kesehatan, keterpaparan dengan media massa, dan informasi dari petugas KB. Hasil penelitian menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh faktor pemungkin, tetapi setelah dilakukan uji stratifikasi terhadap variabel pengetahuan menunjukkan bahwa variabel keterpaparan dengan media massa dan informasi dari petugas KB juga berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi.

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan berdasarkan jarak ke pusat pelayanan kesehatan. Eliason *et al* (2014) menyatakan bahwa jarak ke pusat pelayanan menentukan kesediaan seseorang dalam menggunakan kontrasepsi. Jarak fasilitas pelayanan KB kurang dari 5 km lebih mungkin untuk mempengaruhi penggunaan KB dibandingkan dengan jika terletak lebih dari 5 km. Berdasarkan distribusi responden hampir semua responden baik yang menggunakan maupun tidak menggunakan kontrasepsi berdomisili dekat dengan ke pusat pelayanan. Responden yang menggunakan kontrasepsi memiliki jarak yang cukup dekat dengan pusat pelayanan tetapi ada responden di Kecamatan Sukowono yang meskipun telah berdomisili cukup dekat dengan tempat pelayanan KB tetapi akses jalan yang berbatu serta melewati sungai dan persawahan menjadi penyulit bagi mereka, apalagi jika keluarga tidak memiliki kendaraan pribadi.

Penelitian ini menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan berdasarkan keterpaparan dengan media massa. Uji stratifikasi dengan variabel pengetahuan menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang berpengetahuan rendah dan diperbesar apabila wanita terpapar dengan media massa. Hasil ini searah dengan penelitian Permatasari (2013) yang menyatakan bahwa wanita yang tidak terpapar pesan KB melalui media massa memiliki risiko 1,152 kali lebih besar untuk berhenti menggunakan IUD daripada wanita yang terpapar pesan KB melalui media massa. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Ngome dan Clifford (2014), yang



menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi meningkat seiring dengan meningkatnya keterpaparan dengan media massa. Seseorang yang jarang dan sering terpapar dengan media massa yang berkaitan dengan keluarga berencana memiliki risiko sebesar 1,6 dan 1,7 untuk menggunakan kontrasepsi daripada wanita yang tidak pernah terpapar dengan media massa.

Keterpaparan dengan media massa ini merupakan gabungan dari surat kabar, radio, dan televisi. Selain jalur pendidikan, pelaksana program dapat menggunakan media massa untuk memberikan informasi kepada masyarakat mengenai berbagai metode kontrasepsi yang tersedia. Media massa juga dapat digunakan untuk menyebarluaskan pemakaian berbagai macam metode kontrasepsi yang benar dan aman (Pendit, 2006). Berdasarkan distribusi responden menunjukkan pada kedua kelompok telah terpapar media massa, namun penggunaan kontrasepsi masih rendah. Hal ini kemungkinan dapat disebabkan bahwa media massa tidak hanya menyebarkan informasi mengenai kontrasepsi dari segi positif, tetapi juga dari segi negatifnya. Informasi dari media massa kemungkinan tidak menyajikan informasi rinci tentang bagaimana mengatasi efek samping dari penggunaan kontrasepsi, akibatnya ada wanita yang terpapar pesan KB dari media massa tetapi merasa takut untuk menggunakan kontrasepsi. Selain itu media massa juga hanya menyediakan informasi satu arah dan informasi yang disampaikan tidak lengkap akibat keterbatasan waktu. Penelitian di Nepal menyatakan perbaikan dalam penyampaian pelayanan kontrasepsi dan penyediaan akses yang mudah secara signifikan dapat meningkatkan proporsi pemakaian kontrasepsi yang akhirnya memberikan pilihan terhadap pengaturan kelahiran dan ukuran keluarga.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi tidak ditentukan berdasarkan informasi dari petugas KB. Hasil uji stratifikasi dengan variabel pengetahuan menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang memiliki pengetahuan yang lebih rendah dan diperkecil kemungkinan penggunaannya apabila wanita tidak mendapatkan informasi dari petugas KB. Informasi merupakan suatu bagian dari pelayanan yang sangat berpengaruh bagi calon akseptor maupun akseptor aktif untuk mengetahui apakah



kontrasepsi yang dipilih telah sesuai dengan kondisi kesehatan dan sesuai dengan tujuan akseptor dalam memakai kontrasepsi tersebut. Peran petugas kesehatan sangat penting dalam pembangunan kesehatan.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Mon dan Tippawan (2009) yang menyatakan bahwa wanita yang mendapatkan informasi dari petugas KB lebih banyak yang menggunakan kontrasepsi daripada yang tidak mendapatkan informasi KB. Pasangan pernikahan dini mungkin belum begitu paham akan jenis-jenis kontrasepsi, sehingga mereka membutuhkan arahan atau dukungan dari petugas berupa pemberian informasi agar mereka dapat memilih kontrasepsi yang cocok dengan kebutuhannya. Pertukaran informasi secara khusus antara wanita dengan petugas kesehatan mampu menginformasikan secara lengkap dan efektif tentang KB kepada perempuan, sehingga hal tersebut dapat memotivasi mereka untuk menggunakan kontrasepsi. Berdasarkan distribusi responden dalam penelitian ini menunjukkan baik responden yang menggunakan maupun tidak menggunakan kontrasepsi menyatakan tidak mendapatkan informasi dari petugas KB. Hal ini dapat mempengaruhi keputusan mereka untuk menggunakan kontrasepsi. Informasi tentang KB yang diberikan kepada responden kurang lengkap sehingga tidak ada perbedaan pengetahuan antara perempuan yang mendapatkan informasi dari petugas KB dengan perempuan yang tidak mendapatkan informasi. Hal ini juga menunjukkan penyebaran informasi tentang KB di desa-desa belum dilaksanakan dengan baik yang disebabkan karena kurangnya petugas KB di Kecamatan Sukowono yang hanya berjumlah 2 orang sedangkan jumlah desanya 12 desa, petugas kesehatan kurang aktif, kurang meluangkan waktunya, atau teknik penyampaian informasinya kurang menarik sehingga informasi yang disampaikan kepada responden kurang dapat diterima dengan baik. Selain itu mungkin ada faktor lain yang mempengaruhi responden, seperti aspek psikologis, sosio budaya, agama atau hukum, sikap keluarga dan petugas kesehatan, serta kesadaran dari diri sendiri.

#### 4.2.5 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini dengan Faktor Penguat

Faktor predisposisi dalam penelitian ini adalah dukungan suami. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini tidak ditentukan oleh dukungan suami. Uji stratifikasi menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang menikah di usia yang lebih muda dan diperbesar apabila wanita tidak mendapatkan dukungan suami. Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aryanti (2014), Eliason *et al* (2014), Mohammed *et al* (2014) yang menyatakan bahwa komunikasi dengan suami secara signifikan dapat meningkatkan penggunaan kontrasepsi. Wanita yang mendapatkan dukungan suami akan berisiko sebesar 3 kali untuk menggunakan kontrasepsi daripada yang tidak mendapatkan dukungan suami. Hasil penelitian Mon dan Tippawan (2009) menyatakan selain dukungan suami, pengaruh dari teman juga dapat mendorong seseorang untuk menggunakan kontrasepsi.

Suami dan istri seharusnya bekerja sama dalam pemilihan alat kontrasepsi, artinya dukungan suami berpengaruh terhadap pemilihan alat kontrasepsi, jika suami mendukung maka istri akan menggunakan alat kontrasepsi secara terus menerus (Arliana *et al*, 2013). Beberapa bentuk dukungan suami dalam penggunaan alat kontrasepsi adalah memberikan saran dalam memilih kontrasepsi, memberikan biaya, mengantarkan ke tempat pelayanan kontrasepsi, dan mengingatkan untuk melakukan kunjungan ulang (Aryanti, 2014). Distribusi responden dalam penelitian ini pada kedua kelompok banyak yang telah mendapatkan dukungan suami tetapi dukungan suami lebih banyak pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi. Faktor lain selain dukungan suami yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di kecamatan Sukowono yang tidak dapat ditemukan dalam penelitian ini. Sebagian besar responden walaupun mendapatkan dukungan dari suami untuk menggunakan kontrasepsi, tetapi dukungan dari pihak lain seperti ibu atau mertua lebih berpengaruh daripada dukungan suami. Pasangan pernikahan dini ini mungkin dianggap belum memiliki pengetahuan yang cukup sehingga banyak ikut

campur dari pihak lain yang turut mempengaruhi keputusan perempuan untuk menggunakan kontrasepsi. Selain itu ibu atau ibu mertua juga belum memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang keluarga berencana. Mayoritas responden dilarang untuk menggunakan kontrasepsi sebelum memiliki anak. Hasil penelitian ini searah dengan hasil penelitian Zahroh (2014) tentang analisis SDKI 2012 mengenai penggunaan IUD, dalam penelitiannya menyatakan tidak terdapat pengaruh antara otonomi perempuan dengan penggunaan IUD. Sebagian besar suami merasa keputusan kontrasepsi merupakan urusan perempuan sehingga tidak ikut bertanggung jawab dalam menentukan keputusan kontrasepsi yang akan digunakan. Pendapat ini juga didukung oleh penelitian Rahma (2011), tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan penggunaan kontrasepsi.

#### 4.2.6 Hubungan Faktor yang Dominan terhadap Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini

Faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember dapat diketahui melalui hasil analisis multivariabel menggunakan uji Regresi Logistik dengan memasukkan semua variabel bebas pada penelitian ini yaitu faktor predisposisi (pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, pengetahuan, sikap terhadap keluarga berencana, jumlah anak yang diinginkan), faktor pemungkin (jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, informasi dari petugas KB) dan faktor penguat (dukungan suami). Hasil analisis Regresi Logistik dengan metode *Backward Wald* menunjukkan beberapa nilai pada setiap langkah atau step, yaitu :

- a. Nilai *Omnibus Tests of Model Coefficients*, diketahui bahwa nilai signifikan sebesar 0,000, nilai ini lebih kecil daripada *p-value* 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa model ini signifikan.
- b. Penilaian kelayakan model regresi logistik dalam memprediksi dapat dilihat pada tabel *Hosmer and Lemeshow Test*. Diketahui bahwa nilai signifikan sebesar 0,303, hal ini berarti nilai signifikan lebih besar dari *p-value* (0,05) sehingga gagal tolak  $H_0$ , dan model ini sudah sesuai untuk digunakan.

- c. Nilai *overall percentage* dapat dilihat pada tabel *Classification Tabel*, pada step terakhir yaitu step 7 diketahui memiliki nilai *percentage correct* sebesar 78,2%. Artinya kebenaran datanya sebesar 78,2%. Tingginya nilai *overall percentage* menunjukkan bahwa nilai ketepatan akurasi prediksi sudah baik digunakan untuk memprediksi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono.
- d. Nilai signifikansi hasil analisis multivariabel menggunakan Uji Regresi Logistik dengan metode *Backward Wald* dari step 1 sampai step 7 dari masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel *variable in the equation*. Pada step terakhir diketahui terdapat 4 variabel yang berpengaruh secara signifikan terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono, yaitu usia menikah pertama kali, pengetahuan, jumlah anak yang diinginkan, dan keterpaparan dengan media massa.

Penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang menikah di usia yang lebih muda yaitu usia 14-16 tahun dibandingkan yang menikah di usia 17-19 tahun. Penggunaan kontrasepsi pada usia ini menjadi sangat dianjurkan untuk penundaan kehamilan sampai usia yang ideal untuk mengalami proses kehamilan dan persalinan, mengingat banyak sekali risiko yang dapat terjadi apabila wanita melahirkan di usia tersebut. Wanita di kelompok usia muda memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami berbagai risiko pada sistem reproduksinya akibat proses kehamilan dan proses persalinan. Hal ini disebabkan karena kurang matangnya alat reproduksi, terutama rahim yang belum siap menerima beban selama kehamilan atau karena kurangnya gizi. Selain itu kelahiran prematur, muda mengalami keguguran, mudah terserang infeksi, cacat bawaan hingga kematian ibu dapat terjadi akibat kehamilan pada usia muda. Oleh karena itu penundaan kehamilan menjadi sangat penting untuk mencegah berbagai kemungkinan buruk yang dapat terjadi karena kehamilan dan persalinan yang terlalu muda. Penggunaan kontrasepsi lebih mungkin pada wanita yang menikah pada usia lebih muda dibandingkan dengan wanita yang menikah di usia yang lebih tua sebesar 48 kali.



Variabel kedua yang berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi adalah pengetahuan. Sebagian besar responden telah memiliki pengetahuan yang tinggi tentang keluarga berencana. Pengetahuan yang dimiliki ini dapat berasal dari pengalaman juga dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan orang lain, didapat dari buku, surat kabar, atau media massa, elektronik (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Wawan dan Dewi, 2010 dalam Permatasari 2012). Penelitian ini menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi lebih tinggi pada wanita yang memiliki pengetahuan rendah. Hal ini dapat diindikasikan walaupun wanita memiliki pengetahuan rendah tetapi sikap positif yang dimiliki tentang keluarga berencana serta dorongan atau ajakan dari orang sekitar atau petugas kesehatan dapat memperbesar keinginannya dalam menggunakan kontrasepsi.

Variabel ketiga yang berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi adalah jumlah anak yang diinginkan. Jumlah anak adalah salah satu faktor yang menentukan apakah seorang wanita berkeinginan untuk menunda kehamilan dan apakah mereka menggunakan alat kontrasepsi. Hal ini sangat subjektif karena berkaitan dengan masalah ekonomi, penambahan keuntungan orang tua, dan biaya serta manfaat dari anak tersebut. Sebagian besar responden pada kedua kelompok menginginkan maksimal 2 anak. Hal ini sejalan dengan BKKBN yang menyatakan bahwa untuk menuju keluarga yang bahagia, sejahtera dan berkualitas tidak perlu membentuk keluarga besar dengan jumlah anak yang banyak, jika tidak mampu memenuhi kebutuhan keluarga karena kebutuhan keluarga tidak hanya kebutuhan pangan, namun masih banyak kebutuhan lain seperti sandang, perumahan, pendidikan, kesehatan dan kebutuhan masa depan anak. Penggunaan kontrasepsi lebih mungkin pada wanita yang menginginkan maksimal 2 anak dibandingkan dengan wanita yang menginginkan lebih dari 2 anak sebesar 6 kali.



Variabel terakhir yang berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi adalah keterpaparan dengan media massa. Beberapa penelitian menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi meningkat seiring dengan meningkatnya keterpaparan dengan media massa. Keterpaparan dengan media massa ini merupakan gabungan dari surat kabar, radio, dan televisi. Selain jalur pendidikan, pelaksana program dapat menggunakan media massa untuk memberikan informasi kepada masyarakat mengenai berbagai metode kontrasepsi yang tersedia. Media massa juga dapat digunakan untuk menyebarkan pemakaian berbagai macam metode kontrasepsi yang benar dan aman (Pendit, 2006). Hasil penelitian ini wanita telah terpapar dengan media massa namun penggunaan kontrasepsi di kecamatan Sukowono masih rendah. Hal ini kemungkinan dapat disebabkan bahwa media massa tidak hanya menyebarkan informasi mengenai kontrasepsi dari segi positif, tetapi juga dari segi negatifnya. Informasi dari media massa kemungkinan tidak menyajikan informasi rinci tentang bagaimana mengatasi efek samping dari penggunaan kontrasepsi, akibatnya wanita yang terpapar pesan KB dari media massa tanpa ada konseling pribadi merasa takut untuk menggunakan kontrasepsi. Selain itu media massa juga hanya menyediakan informasi satu arah dan informasi yang disampaikan tidak lengkap akibat keterbatasan waktu.

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan mengenai penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Preferensi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini diketahui bahwa pasangan pernikahan dini lebih banyak yang tidak menggunakan kontrasepsi. Pada kelompok yang menggunakan kontrasepsi sebagian besar menggunakan metode kontrasepsi suntik. Responden yang menggunakan kontrasepsi metode suntik sebagian besar menikah di usia 17-19 tahun, berpendidikan rendah, tidak bekerja, berasal dari keluarga berpendapatan rendah, berpengetahuan tinggi, menginginkan maksimal 2 anak, memiliki sikap positif terhadap keluarga berencana, berdomisili dekat pusat pelayanan, jarang terpapar dengan media massa, tidak mendapatkan informasi, dan mendapatkan dukungan suami.
- b. Distribusi faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol hampir tidak ada perbedaan. Distribusi responden pada kedua kedua kelompok lebih banyak yang berpendidikan rendah, tidak bekerja, berpengetahuan tinggi, berpendapatan rendah, menginginkan maksimal 2 anak, memiliki sikap yang positif terhadap keluarga berencana, berdomisili dekat dengan pusat pelayanan kesehatan, tidak mendapatkan informasi dari petugas KB dan sebagian besar responden telah mendapatkan dukungan suami untuk menggunakan kontrasepsi. Hal yang berbeda hanya pada tingkat keterpaparan dengan media massa, pada kelompok kasus responden jarang mengakses media massa yang khusus membicarakan tentang keluarga berencana, sedangkan pada kelompok kontrol responden tidak pernah mengakses media massa.

- c. Berdasarkan faktor predisposisi, penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember dapat ditentukan oleh usia menikah pertama kali dan pengetahuan
- d. Berdasarkan faktor pemungkin, penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember tidak dapat ditentukan oleh jarak ke pusat pelayanan, keterpaparan dengan media massa, dan informasi dari petugas KB.
- e. Berdasarkan faktor penguat, penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember tidak dapat ditentukan oleh dukungan suami.
- f. Berdasarkan analisis stratifikasi terhadap 2 variabel yaitu usia menikah pertama kali dan pengetahuan dengan variabel lain yang diduga sebagai variabel *confounding*/perancu diketahui bahwa variabel yang dapat merancukan hubungan penggunaan kontrasepsi dengan usia menikah pertama kali adalah variabel pendapatan keluarga, dukungan suami, dan jumlah anak yang diinginkan. Variabel pendapatan keluarga, keterpaparan dengan media massa, dan informasi dari petugas KB merupakan variabel perancu bagi hubungan antara penggunaan kontrasepsi dengan pengetahuan.
- g. Faktor yang dominan berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember yaitu usia menikah pertama kali, pengetahuan, jumlah anak yang diinginkan dan keterpaparan dengan media massa.

## 5.2 Saran

Solusi yang dapat ditawarkan terkait dalam meningkatkan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini, antara lain sebagai berikut :

- a. Bagi BP2KB Kabupaten Jember
  - 1) Berdasarkan hasil penelitian ini, penggunaan kontrasepsi tidak ditentukan oleh informasi dari petugas KB. Hal ini menunjukkan bahwa konseling KB belum

terlaksana dengan baik. Oleh karena itu, BP2KB perlu mengadakan evaluasi program yang terkait proses konseling sehingga proses konseling yang akan dilaksanakan selanjutnya oleh provider dapat diperbaiki isi informasi KB maupun teknik penyampaian lebih baik jika ada komunikasi dua arah agar informasi yang disampaikan lebih efektif.

- 2) Pemanfaatan KIE bukan hanya kepada istri tapi juga turut melibatkan suami agar pemahaman suami tentang kontrasepsi baik sehingga suami dapat berperan dalam memberikan dukungan kepada istri serta dapat memantapkan keinginan mereka untuk mempunyai maksimal 2 anak.
  - 3) Berkoordinasi dengan KUA dan Petugas Kesehatan untuk memberikan penyuluhan SUSCATIN (Kursus Calon Pengantin) tentang persiapan kehidupan berumah tangga bagi calon pengantin. Selain itu memberikan penyuluhan terkait penundaan kehamilan pertama pada wanita yang menikah di usia dini sampai usia ideal untuk mengalami proses kehamilan dan kelahiran sesuai dengan program Tahun Madu secara lebih eksplisit dengan cara memberikan testimoni atau *statement* tentang kematian bayi dan kematian ibu.
  - 4) Mengevaluasi efektivitas media massa. Meningkatkan intensitas media massa dan perbaikan dalam penyampaian pelayanan kontrasepsi serta penyediaan akses yang mudah agar menarik minat masyarakat dan masyarakat lebih memahami pesan yang disampaikan.
  - 5) Melakukan pendekatan guna meningkatkan peran serta tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam penyuluhan dan sosialisasi tentang penggunaan kontrasepsi pada masyarakat.
- b. Bagi penelitian selanjutnya
- Perlu adanya penelitian tentang penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini dengan menambahkan faktor eksternal seperti peran orang tua, ataupun peran tokoh masyarakat. Perlu penelitian kualitatif sehingga dapat menggali lebih dalam sebab-sebab yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Adhyani, Annisa Rahma. 2011. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Kontrasepsi Non IUD Pada Akseptor KB Wanita Usia 20-39 Tahun. *Artikel Ilmiah*. Semarang : Universitas Diponegoro
- Anggarani,Rizki Deri dan Subakti,Y.. 2013. *Kupas Tuntas Seputar Kehamilan*. Jakarta : Agromedia Pustaka
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktik)*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Arliana, Wa Ode Dita; Sarake, Mukhsen; & Seweng, Arifin. 2013. Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Hormonal pada Akseptor KB di Kelurahan Pasarwajo Kecamatan Pasarwajo Kabupaten Buton Sulawesi Tenggara. *Jurnal*
- Aryanti, Hery. 2014. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Kontrasepsi pada Wanita Kawin Usia Dini di Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur. *Tesis*. Denpasar : Universitas Udayana
- Bertrand, Jane T. 1980. Audience Research For Improving Family Planning Communication Programs. *Media Monograph*. Chicago : University of Chicago
- BKKBN. 2012. *Kajian Pernikahan Dini pada Beberapa provinsi di Indonesia Dampak Overpopulation, Akar Masalah dan Peran Kelembagaan di daerah*. Pokja Analisis Dampak Sosial Ekonomi Terhadap Kependudukan Ditdamduk. BKKBN (Online). Diakses dari <http://www.bkkbn.go.id> tanggal 8 September 2014
- BKKBN, BPS, Menteri Kesehatan. 2012. *Laporan Pendahuluan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta.
- BP2KB. 2013. *Profil Pendataan Keluarga Kabupaten Jember 2013*. Jember
- Budiarto. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran : Sebuah Pengantar*. Jakarta : EGC.
- Daryanto. 1996. *Kependudukan*. Bandung : Tarsito
- Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2013*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2013. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2012*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- Eliason, Sebastian; Wiliams, John K.; Eliason, Cecilia; Novignon, Justice; & Aikins, Moses. 2014. Determinants Of Modern Family Planning Use Among Women Of Reproductive Age In The Nkwanta District Of Ghana: A Case–Control Study. *Journal Reproductive Health 2014, 11:65*
- Fadlyana, Eddy dan Larasaty, Shinta. 2009. Pernikahan Usia Dini dan Permasalahannya. *Jurnal Sari Pediatri, Vol. 11, No. 2*
- Fikree, Fariyal,; Khan, Amanullah; Kadir, Muhammad M; Sajan, Fatima; & Rahbar, Muhammad. 2001. What Influences Contraceptive Use Among Young Women in Urban Squatter Settlements of Karachi Pakistan ?. *International family planning perspective. Volume 27, No 3, September 2001*
- Hartoyo; Latifah, Melly & Mulyani, Sri Rahayu. 2011. Studi Nilai Anak, Jumlah Anak yang Diinginkan, dan Keikutsertaan Orang Tua dalam Program KB. *Jurnal Ilmu Keluarga & Konsumen., Januari 2011, p : 37 - 45 Vol. 4, No. 1*
- Irianto, Koes. 2012. *Keluarga Berencana Untuk Paramedis dan Nonmedis*. Bandung : Yrama Widya
- Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan. 2015. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Kementrian Kesehatan RI. 2011. *Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Kementrian Kesehatan RI. 2012. *Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. *Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Manuaba, Ida Ayu C.; Manuaba, Ida Bagus Gde Fajar; & Manuaba, Ida Bagus Gde. 2009. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta : EGC
- Meilani, Niken. 2010. *Pelayanan Keluarga Berencana (dilengkapi dengan penuntun belajar), cetakan I*. Fitramaya, Yogyakarta
- Mohammed, Abdurahman; Woldeyohannes D; Feleke, Amsalu; & Megabiaw, Berihun. 2014. Determinants of Modern Contraceptive Utilization Among Married Women of Reproductive Age Group in North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Journal Reproductive Health 2014, 11:13*

- Mon,Myo-Myo & Liabusetrakul, Tippawan. 2009. Factors Influencing Married Youths' Decisions on Contraceptive Use in A Rural Area of Myanmar. *Southeast Asian J Trop Med Public Health Vo 40 No. 5 September 2009*
- Musdalifah, dkk. 2013. Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Kontrasepsi Hormonal Pasutri di Wilayah Kerja Puskesmas Lampa Kecamatan Duampanua Kabupaten Pinrang 2013. *Jurnal*
- Nasir, Abd; Muhith, Abdul & Ideputri, M.E. 2011. *Buku Ajar : Metodologi Penelitian Kesehatan : Konsep Pembuatan Karya Tulis dan Thesis untuk Mahasiswa Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nazir. 2003. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia
- Ngome, Enock & Odimegwu, Clifford. 2014. The Social Context Of Adolescent Women's Use Of Modern Contraceptives In Zimbabwe: A Multilevel Analysis. *Journal Reproductive Health 2014, 11:64*
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Panuntun, Sri; Wilopo, Siswanto agus; & Kurniwati, Lina. 2009. Hubungan Antara Akses KB dengan Pemilihan Kontrasepsi Hormonal dan Non Hormonal di Kabupaten Purworejo. *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat Vol. 25, No. 2, Juni 2009*
- Pastuti, Rosyati; & Wilopo, Siswanto Agus. 2007. Determinan Penggunaan Metode Kontrasepsi IUD di Indonesia. Analisis Data SDKI 2002-2003. *Jurnal Berita Kedokteran Indonesia Vol. 23, No.2, Juni 2007*
- Pegu, Bhabani, Gaur, Bhanu P.S.; Sharma, Nalini; & Singh, Ahanthem Santa. 2014. Knowledge, Attitude and Practices of Contraception Among Married Women. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology Vol 3 2014 Jun;3(2):385-388*
- Pendit, Brahm U. 2006. *Ragam Metode Kontrasepsi*. Jakarta : EGC
- Permatasari, Nur Endah. 2013. Determinan Penghentian Penggunaan IUD di Indonesia (Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007). *Skripsi*. Jember : Universitas Jember
- Permatasari,Winda Ayu. 2012. Faktor Perilaku yang Berhubungan dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi Metode Medis Operasi Pria (MOP) (Studi pada Akseptor KB Baru di Kecamatan Kapongan Kabupaten Situbondo). *Skripsi*. Jember : Universitas Jember

- Rakhmatasari, Novieany Eka. 2013. Gambaran Pemilihan Alat Kontrasepsi Pada Pasangan Yang Menikah Di Usia Muda Di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Universitas Jember
- Ramadhan, Hasan. 2013. Meningkatnya Angka Pernikahan Dini di Perkotaan. *Jurnal Perempuan*
- Rifa'I Ali. 2013. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur di Wilayah Puskesmas Buhu Kabupaten Gorontalo. *Prosiding Seminar Nasional Kependudukan Jember, 16 Nopember 2013*.
- Siswosudarmo, Risanto H. 2015. *Pendekatan Praktis Penelitian Epidemiologi Klinis dan Aplikasi SPSS untuk Analisis Statistika*. Yogyakarta : Universitas Gajah Mada
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung : Alfabeta
- Sulistiyawati, Ari. 2013. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta : Salemba Medika
- Sutriyanto, Eko. 2014. *Pernikahan Dini di Indonesia Tergolong Tinggi*. [www.tribunnews.com](http://www.tribunnews.com) (diakses 8 September 2014)
- Uliyah, Mar'atul 2010. *Panduan Aman dan Sehat Memilih Alat KB*. Yogyakarta: PT Pustaka Insan Madani.
- Zahroh, Qorinatus. 2014. Preferensi Jenis Kelamin Anak dan Otonomi Perempuan pada Pengguna IUD di Indonesia (Analisis Lanjut SDKI 2012). *Skripsi*. Jember : Universitas Jember



**LAMPIRAN A. Pengantar Kuisisioner**



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp (0331) 322995, 322996 Fax (0331) 337878 Jember 68121**

---

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melaksanakan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis preferensi dan faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada pasangan pernikahan dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember

Maka, untuk mencapai tujuan tersebut, peneliti dengan hormat meminta kesediaan Anda untuk membantu dalam pengisian kuisisioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas Anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan untuk penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kesediaan Anda untuk mengisi kuisisioner yang peneliti ajukan.

Jember, 2015  
Peneliti

(Rofy Anggi Pratiwi)

Lampiran B. Lembar Persetujuan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp (0331) 322995, 322996 Fax (0331) 337878 Jember 68121**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

Usia : .....

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subyek (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Rofy Anggi Pratiwi

NIM : 112110101091

Judul : Preferensi Penggunaan Kontrasepsi Pada Pasangan Pernikahan Dini Di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun terhadap saya dan keluarga saya, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuisisioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan mengenai hal-hal yang belum jelas dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek (responden) dalam penelitian ini.

Jember, 2015

Responden,

(.....)

LAMPIRAN C Kuisisioner Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp (0331) 322995, 322996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

Judul: Preferensi Penggunaan Kontrasepsi Pada Pasangan Pernikahan Dini Di  
Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember

Nomor Responden :  
Tanggal Penelitian :  
Jenis Sampel : KASUS/ KONTROL

PETUNJUK PENGISIAN : Wawancara dilakukan oleh Peneliti.

**I. Data Umum Responden**

1. Nama Responden :
2. Alamat : Dusun :  
Desa :  
Kecamatan :
3. Pendidikan Terakhir :
  - a. Tidak sekolah/tidak tamat SD
  - b. SD/MI/ sederajat
  - c. SMP/MTS/ sederajat
  - d. SMA/ sederajat
  - e. Perguruan Tinggi/ akademi
4. Pekerjaan :
  - a. Bekerja
  - b. Tidak bekerja
5. Pendapatan Keluarga :
  - a. < Rp 1.270.000,- per bulan
  - b. >= Rp 1.270.000,- per bulan

**Pengetahuan**

1. KB adalah singkatan dari ?
  - a. Keluarga Bahagia
  - b. Keluarga Berencana
  - c. Keluarga Beriman
2. Informasi KB diberikan kepada masyarakat guna untuk ?
  - c. Mengurangi jumlah penduduk
  - d. Meningkatkan pendapatan masyarakat
  - e. Agar setiap keluarga memiliki 2 anak
3. Apa manfaat KB bagi keluarga ?
  - a. Meningkatkan pengetahuan tentang alat kontrasepsi
  - b. Membangun keluarga yang sejahtera
  - c. Menyejahterakan kehidupan berbangsa dan bernegara
4. Semboyan KB adalah ?
  - a. Membangun keluarga yang sejahtera
  - b. 2 anak cukup
  - c. Kurangi populasi penduduk
5. Menurut Anda, apakah yang dimaksud dengan alat kontrasepsi ?
  - a. Alat yang dipakai untuk mencegah kehamilan
  - b. Alat yang dipakai wanita untuk memperbaiki organ reproduksi
  - c. Alat yang dipakai oleh suami istri untuk melakukan hubungan seksual
6. Apa tujuan menggunakan kontrasepsi ?
  - a. Untuk mempermudah kehamilan
  - b. Untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak
  - c. Untuk mencegah/menghindari kehamilan
7. Apa saja persyaratan kontrasepsi yang baik ?
  - a. Aman/tidak berbahaya, harga terjangkau, dan pemakaian rumit
  - b. Mahal, pemakaian mudah, dan mempengaruhi kesuburan
  - c. Aman/tidak berbahaya, harga terjangkau, mudah digunakan, dan tidak mempengaruhi kesuburan
8. Apakah efek samping dari penggunaan kontrasepsi ?



- a. Menimbulkan kehamilan
  - b. Berat badan bertambah
  - c. Mengurangi nafsu makan
9. Bagaimana cara kerja kontrasepsi ?
- a. Melemahkan sel sperma
  - b. Melemahkan sel telur
  - c. Menghambat bertemunya sel telur dengan sperma
10. Apakah program KB hanya seputar penggunaan alat kontrasepsi saja ?
- a. Tidak, karena juga berisi tentang kesehatan reproduksi
  - b. Ya, karena program KB diberikan untuk mengurangi jumlah penduduk
  - c. Ya, karena program KB ditujukan hanya kepada yang sudah berkeluarga

**Jumlah Anak yang Diinginkan**

1. Berapa banyak anak yang Anda inginkan :
- Laki-laki : anak
- Perempuan : anak

**Sikap Terhadap Keluarga Berencana**

Berilah tanda  $\surd$  pada pernyataan berikut : S = Setuju, TS = Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	S	TS
1.	Tujuan pemerintah dalam program KB adalah untuk menurunkan angka kelahiran		
2.	Perempuan dan laki-laki mempunyai kedudukan yang sama dalam pengambilan keputusan ber-KB		
3.	Keadaan yang paling ideal adalah bahwa istri dan suami harus bersama-sama membiayai pengeluaran untuk ber-KB		
4.	Memilih kontrasepsi yang baik adalah tugas pasangan suami istri		
5.	Penggunaan alat kontrasepsi dapat mengganggu hubungan suami istri		

6.	Adanya kepercayaan “banyak anak banyak rezeki”		
7.	KB adalah urusan perempuan dan perempuanlah yang harus peduli dan ikut KB		
8.	Karena beberapa alat kontrasepsi memiliki beberapa efek samping, maka sebaiknya kontrasepsi tidak digunakan		
9.	Jika suatu saat jumlah anak sudah cukup sebaiknya dilakukan kontrasepsi mantap atau sterilisasi		
10.	Remaja putri yang usianya di bawah 20 tahun memiliki rahim yang sudah siap untuk hamil		
11.	Kehamilan yang terjadi pada perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun dapat meningkatkan banyaknya jumlah bayi yang mati		
12.	Penggunaan kontrasepsi pada perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun bermanfaat untuk menunda kehamilan		
13.	Wanita yang menikah di usia kurang dari 20 tahun telah memiliki tubuh yang sesuai untuk menjalani proses kelahiran		
14.	Perkawinan usia muda tidak dapat meningkatkan angka kematian ibu		

### Jarak ke Pusat Pelayanan

Berapa jarak ke pelayanan KB ?

- a. < 5 km
- b. > 5 km

### Keterpaparan dengan Media Massa

Frekuensi keterpaparan dengan media massa yang terkait dengan KB atau Kontrasepsi ?

No	Media	Setiap hari	Lebih dari sekali tiap minggu	Kurang dari sekali dalam seminggu	Tidak pernah sama sekali
1	Surat kabar/majalah				
2	Radio				
3	Televisi				

**Informasi dari petugas kesehatan**

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	Petugas kesehatan/petugas lapangan KB menanyakan kontrasepsi yang Anda gunakan		
2.	Petugas kesehatan/petugas lapangan KB memberikan penyuluhan tentang alat kontrasepsi secara rutin		
3.	Petugas kesehatan/petugas lapangan KB memberikan informasi tentang kelebihan dan kekurangan alat kontrasepsi		
4.	Ketika akan menjadi peserta KB, Anda diantar ke tempat pelayanan kontrasepsi oleh petugas kesehatan/petugas lapangan KB		
5.	Petugas kesehatan/petugas lapangan KB menyarankan atau menganjurkan Anda untuk ikut serta dalam penggunaan kontrasepsi		

**Dukungan Suami**

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	Suami Anda ikut merencanakan jumlah anak		
2.	Suami Anda mendorong Anda untuk memakai alat kontrasepsi		
3.	Suami Anda bersedia mengantar Anda ke tempat pelayanan KB		
4.	Suami Anda ikut memilih atau menyarankan kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi Anda		
5.	Suami Anda menyediakan biaya untuk pelayanan kontrasepsi		
6.	Suami memberikan informasi tentang kontrasepsi		
7.	Suami Anda menyetujui Anda menggunakan kontrasepsi dengan tujuan untuk penundaan		

	kehamilan.		
--	------------	--	--

**Penggunaan Kontrasepsi**

1. Apakah Anda menggunakan kontrasepsi ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
2. Jika ya, alat kontrasepsi apa yang digunakan ?
  - a. Pil KB
  - b. Suntik KB
  - c. Susuk KB (implant)
  - d. Vasektomi
  - e. Tubektomi
  - f. Kondom
  - g. AKDR



**LAMPIRAN D. Dokumentasi Penelitian**



Gambar 1. Wawancara dengan Kelompok Kasus



Gambar 2. Wawancara dengan Kelompok Kontrol

**LAMPIRAN E. Hasil Analisis Uji *Chi-square***

**Penggunaan Kontrasepsi\* Usia Menikah Pertama Kali**

		penggunaan kontrasepsi		Total	
		tidak	ya		
usia menikah pertama kali	17-19	Count	50	21	71
		% within usia menikah pertama kali	70.4%	29.6%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	96.2%	80.8%	91.0%
		% of Total	64.1%	26.9%	91.0%
	14-16	Count	2	5	7
		% within usia menikah pertama kali	28.6%	71.4%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	3.8%	19.2%	9.0%
		% of Total	2.6%	6.4%	9.0%
Total		Count	52	26	78
		% within usia menikah pertama kali	66.7%	33.3%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.022(b)	1	.025		
Continuity Correction(a)	3.315	1	.069		
Likelihood Ratio	4.692	1	.030		
Fisher's Exact Test				.038	.038
Linear-by-Linear Association	4.958	1	.026		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.33.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	5.952	1.069	33.148
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	2.465	.757	8.029
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.414	.229	.747
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi\* Pendidikan**

		penggunaan kontrasepsi		Total
		tidak	ya	
pendidikan rendah	Count	41	25	66
	% within pendidikan	62.1%	37.9%	100.0%
	% within penggunaan kontrasepsi	78.8%	96.2%	84.6%
	% of Total	52.6%	32.1%	84.6%
pendidikan menengah	Count	11	1	12
	% within pendidikan	91.7%	8.3%	100.0%
	% within penggunaan kontrasepsi	21.2%	3.8%	15.4%
	% of Total	14.1%	1.3%	15.4%
Total	Count	52	26	78
	% within pendidikan	66.7%	33.3%	100.0%
	% within penggunaan kontrasepsi	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.989(b)	1	.046		
Continuity Correction(a)	2.770	1	.096		
Likelihood Ratio	4.834	1	.028		
Fisher's Exact Test				.052	.041
Linear-by-Linear Association	3.937	1	.047		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan (rendah / menengah)	.149	.018	1.226
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	.678	.526	.874
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	4.545	.679	30.445
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi\* Status Pekerjaan**

			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
status pekerjaan	tidak bekerja	Count	47	24	71
		% within status pekerjaan	66.2%	33.8%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	90.4%	92.3%	91.0%
		% of Total	60.3%	30.8%	91.0%
	bekerja	Count	5	2	7
		% within status pekerjaan	71.4%	28.6%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	9.6%	7.7%	9.0%
		% of Total	6.4%	2.6%	9.0%
	Total	Count	52	26	78
% within status pekerjaan		66.7%	33.3%	100.0%	
% within penggunaan kontrasepsi		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		66.7%	33.3%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.078(b)	1	.779		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.080	1	.777		
Fisher's Exact Test				1.000	.571
Linear-by-Linear Association	.077	1	.781		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.33.



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for status pekerjaan (tidak bekerja / bekerja)	.783	.141	4.340
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	.927	.564	1.524
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	1.183	.351	3.990
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi\* Tingkat Pendapatan**

			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
tingkat pendapatan	rendah	Count	39	24	63
		% within tingkat pendapatan	61.9%	38.1%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	75.0%	92.3%	80.8%
		% of Total	50.0%	30.8%	80.8%
	tinggi	Count	13	2	15
		% within tingkat pendapatan	86.7%	13.3%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	25.0%	7.7%	19.2%
		% of Total	16.7%	2.6%	19.2%
	Total	Count	52	26	78
% within tingkat pendapatan		66.7%	33.3%	100.0%	
% within penggunaan kontrasepsi		100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	66.7%	33.3%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.343(b)	1	.067		
Continuity Correction(a)	2.321	1	.128		
Likelihood Ratio	3.785	1	.052		
Fisher's Exact Test				.077	.059
Linear-by-Linear Association	3.300	1	.069		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat pendapatan (rendah / tinggi)	.250	.052	1.205
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	.714	.541	.943
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	2.857	.757	10.782
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi\* Pengetahuan**

			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
pengetahuan rendah	Count	13	13	26	
	% within pengetahuan	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within penggunaan kontrasepsi	25.0%	50.0%	33.3%	
	% of Total	16.7%	16.7%	33.3%	
	tinggi	Count	39	13	52
		% within pengetahuan	75.0%	25.0%	100.0%
% within penggunaan kontrasepsi		75.0%	50.0%	66.7%	
% of Total		50.0%	16.7%	66.7%	
Total	Count	52	26	78	
	% within pengetahuan	66.7%	33.3%	100.0%	
	% within penggunaan kontrasepsi	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	66.7%	33.3%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.875(b)	1	.027		
Continuity Correction(a)	3.815	1	.051		
Likelihood Ratio	4.770	1	.029		
Fisher's Exact Test				.041	.026
Linear-by-Linear Association	4.813	1	.028		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.67.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan (rendah / tinggi)	.333	.124	.899
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	.667	.440	1.010
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	2.000	1.089	3.673
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi\* Jarak ke Pusat Pelayanan**

			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
jarak	jauh	Count	3	1	4
		% within jarak	75.0%	25.0%	100.0%
dekat		% within penggunaan kontrasepsi	5.8%	3.8%	5.1%
		% of Total	3.8%	1.3%	5.1%
		Count	49	25	74
		% within jarak	66.2%	33.8%	100.0%
Total		% within penggunaan kontrasepsi	94.2%	96.2%	94.9%
		% of Total	62.8%	32.1%	94.9%
		Count	52	26	78
		% within jarak	66.7%	33.3%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.132(b)	1	.717		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.138	1	.710		
Fisher's Exact Test				1.000	.593
Linear-by-Linear Association	.130	1	.718		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.33.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jarak (jauh / dekat)	1.531	.151	15.480
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	1.133	.629	2.041
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.740	.132	4.162
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi\* Informasi dari Petugas Kesehatan**

			penggunaan kontrasepsi		Total	
			tidak	ya		
informasi dari petugas kesehatan	tidak	Count	29	20	49	
		% within informasi dari petugas kesehatan	59.2%	40.8%	100.0%	
		% within penggunaan kontrasepsi	55.8%	76.9%	62.8%	
		% of Total	37.2%	25.6%	62.8%	
		ya	Count	23	6	29
			% within informasi dari petugas kesehatan	79.3%	20.7%	100.0%
	% within penggunaan kontrasepsi		44.2%	23.1%	37.2%	
	% of Total		29.5%	7.7%	37.2%	
	Total		Count	52	26	78
			% within informasi dari petugas kesehatan	66.7%	33.3%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.321(b)	1	.068		
Continuity Correction(a)	2.477	1	.116		
Likelihood Ratio	3.461	1	.063		
Fisher's Exact Test				.085	.056
Linear-by-Linear Association	3.278	1	.070		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.67.



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for informasi dari petugas kesehatan (tidak / ya)	.378	.131	1.096
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	.746	.554	1.005
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	1.973	.897	4.340
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi \*Dukungan Suami**

			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
dukungan suami	tidak	Count	19	5	24
		% within dukungan suami	79.2%	20.8%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	36.5%	19.2%	30.8%
		% of Total	24.4%	6.4%	30.8%
ya		Count	33	21	54
		% within dukungan suami	61.1%	38.9%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	63.5%	80.8%	69.2%
		% of Total	42.3%	26.9%	69.2%
Total		Count	52	26	78
		% within dukungan suami	66.7%	33.3%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.438(b)	1	.118		
Continuity Correction(a)	1.693	1	.193		
Likelihood Ratio	2.562	1	.109		
Fisher's Exact Test				.192	.095
Linear-by-Linear Association	2.406	1	.121		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan suami (tidak / ya)	2.418	.784	7.462
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	1.295	.964	1.741
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.536	.229	1.252
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi\* Jumlah Anak yg Diinginkan**

		penggunaan kontrasepsi	Total		
				tidak	ya
jumlah anak yg diinginkan	lebih2	Count	12	3	15
		% within jumlah anak yg diinginkan	80.0%	20.0%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	23.1%	11.5%	19.2%
		% of Total	15.4%	3.8%	19.2%
kurang2		Count	40	23	63
		% within jumlah anak yg diinginkan	63.5%	36.5%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	76.9%	88.5%	80.8%
		% of Total	51.3%	29.5%	80.8%
Total		Count	52	26	78
		% within jumlah anak yg diinginkan	66.7%	33.3%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.486(b)	1	.223		
Continuity Correction(a)	.836	1	.361		
Likelihood Ratio	1.592	1	.207		
Fisher's Exact Test				.361	.182
Linear-by-Linear Association	1.467	1	.226		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah anak yg diinginkan (lebih2 / kurang2)	2.300	.587	9.008
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	1.260	.920	1.726
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.548	.189	1.586
N of Valid Cases	78		

**Penggunaan Kontrasepsi\* Keterpaparan dg Media Massa**

	Penggunaan Kontrasepsi		Total
	ya	tidak	
Keterpaparan dg Media Massa tinggi	4	1	5
sedang	14	22	36
rendah	8	29	37
Total	26	52	78

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.684(a)	2	.021
Likelihood Ratio	7.545	2	.023
Linear-by-Linear Association	6.838	1	.009
N of Valid Cases	78		

a 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.67.

**Risk Estimate**

	Value
Odds Ratio for Keterpaparan dg Media Massa (tinggi / sedang)	(a)

a Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

		penggunaan kontrasepsi		Total	
		tidak	ya		
keterpaparan dg media massa	tidak terpapar	Count	29	8	37
		% within keterpaparan dg media massa	78.4%	21.6%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	55.8%	30.8%	47.4%
		% of Total	37.2%	10.3%	47.4%
	terpapar	Count	23	18	41
		% within keterpaparan dg media massa	56.1%	43.9%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	44.2%	69.2%	52.6%
		% of Total	29.5%	23.1%	52.6%
	Total	Count	52	26	78
	% within keterpaparan dg media massa	66.7%	33.3%	100.0%	
	% within penggunaan kontrasepsi	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	66.7%	33.3%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.345(b)	1	.037		
Continuity Correction(a)	3.400	1	.065		
Likelihood Ratio	4.436	1	.035		
Fisher's Exact Test				.054	.032
Linear-by-Linear Association	4.289	1	.038		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.33.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for keterpaparan dg media massa (tidak terpapar / terpapar)	2.837	1.047	7.685
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	1.397	1.015	1.923
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.492	.244	.996
N of Valid Cases	78		



**Penggunaan Kontrasepsi\*Sikap terhadap Keluarga Berencana**

		penggunaan kontrasepsi		Total	
		tidak	ya		
sikap	negatif	Count	15	10	25
		% within sikap	60.0%	40.0%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	28.8%	38.5%	32.1%
		% of Total	19.2%	12.8%	32.1%
	positif	Count	37	16	53
		% within sikap	69.8%	30.2%	100.0%
		% within penggunaan kontrasepsi	71.2%	61.5%	67.9%
		% of Total	47.4%	20.5%	67.9%
	Total	Count	52	26	78
% within sikap		66.7%	33.3%	100.0%	
% within penggunaan kontrasepsi		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		66.7%	33.3%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.736(b)	1	.391		
Continuity Correction(a)	.361	1	.548		
Likelihood Ratio	.725	1	.394		
Fisher's Exact Test				.445	.272
Linear-by-Linear Association	.726	1	.394		
N of Valid Cases	78				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.33.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for sikap (negatif / positif)	.649	.241	1.749
For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	.859	.596	1.239
For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	1.325	.705	2.490
N of Valid Cases	78		

**LAMPIRAN F. Analisis Mantel Haenszel**

**Penggunaan Kontrasepsi \* Status Pekerjaan\* Usia Menikah Pertama Kali**

status pekerjaan			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
tidak bekerja	usia menikah pertama kali	17-19	45	19	64
		14-16	2	5	7
	Total		47	24	71
bekerja	usia menikah pertama kali	17-19	5	2	7
	Total		5	2	7

**Chi-Square Tests**

status pekerjaan		Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
tidak bekerja	Pearson Chi-Square	4.913(b)	1	.027	.040	.040
	Continuity Correction(a)	3.225	1	.073		
	Likelihood Ratio	4.616	1	.032		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	4.844	1	.028		
	N of Valid Cases	71				
bekerja	Pearson Chi-Square	.(c)				
	N of Valid Cases	7				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.37.

c No statistics are computed because usia menikah pertama kali is a constant.

**Risk Estimate**

status pekerjaan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
tidak bekerja	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	5.921	1.055	33.241
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	2.461	.755	8.025
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.416	.228	.758
	N of Valid Cases	71		
bekerja	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / .)	.(a)		

a No statistics are computed because usia menikah pertama kali is a constant.

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	4.913	1	.027
Mantel-Haenszel	3.179	1	.075

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			5.921
ln(Estimate)			1.779
Std. Error of ln(Estimate)			.880
Asymp. Sig. (2-sided)			.043
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.055
		Upper Bound	33.241
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.053
		Upper Bound	3.504

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Tingkat Pendapatan\* Usia Menikah Pertama Kali**

tingkat pendapatan			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
rendah	usia menikah pertama kali	17-19	38	21	59
		14-16	1	3	4
	Total		39	24	63
tinggi	usia menikah pertama kali	17-19	12	0	12
		14-16	1	2	3
	Total		13	2	15

**Chi-Square Tests**

tingkat pendapatan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
rendah	Pearson Chi-Square	2.467(b)	1	.116	.150	.150
	Continuity Correction(a)	1.079	1	.299		
	Likelihood Ratio	2.409	1	.121		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	2.428	1	.119		
	N of Valid Cases	63				
tinggi	Pearson Chi-Square	9.231(c)	1	.002	.029	.029
	Continuity Correction(a)	4.363	1	.037		
	Likelihood Ratio	7.961	1	.005		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	8.615	1	.003		
	N of Valid Cases	15				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.52.

c 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

**Risk Estimate**

tingkat pendapatan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
rendah	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	5.429	.531	55.520
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	2.576	.467	14.215
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.475	.245	.920
	N of Valid Cases	63		
tinggi	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	3.000	.606	14.864
	N of Valid Cases	15		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	1.922	1	.166
Tarone's	1.753	1	.186

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	8.152	1	.004
Mantel-Haenszel	5.555	1	.018

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always

asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

### Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate	10.229	
ln(Estimate)	2.325	
Std. Error of ln(Estimate)	1.029	
Asymp. Sig. (2-sided)	.024	
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio Lower Bound	1.361
	Upper Bound	76.876
	ln(Common Odds Ratio) Lower Bound	.308
	Upper Bound	4.342

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

### Penggunaan Kontrasepsi \* Jarak\* Usia Menikah Pertama Kali

jarak		penggunaan kontrasepsi		Total
		tidak	ya	
jauh	usia menikah pertama kali 17-19	3	1	4
	Total	3	1	4
dekat	usia menikah pertama kali 17-19	47	20	67
	14-16	2	5	7
	Total	49	25	74

### Chi-Square Tests

jarak		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
jauh	Pearson Chi-Square	.(b)				
	N of Valid Cases	4				
dekat	Pearson Chi-Square	4.898(c)	1	.027		
	Continuity Correction(a)	3.215	1	.073		
	Likelihood Ratio	4.598	1	.032		
	Fisher's Exact Test				.040	.040
	Linear-by-Linear Association	4.832	1	.028		
	N of Valid Cases	74				

a Computed only for a 2x2 table

b No statistics are computed because usia menikah pertama kali is a constant.

c 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.36.



**Risk Estimate**

jarak		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
jauh	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / .)	.(a)		
dekat	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	5.875	1.051	32.851
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	2.455	.753	8.004
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.418	.230	.758
	N of Valid Cases	74		

a No statistics are computed because usia menikah pertama kali is a constant.

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	4.898	1	.027
Mantel-Haenszel	3.172	1	.075

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate		5.875	
ln(Estimate)		1.771	
Std. Error of ln(Estimate)		.878	
Asymp. Sig. (2-sided)		.044	
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.051
		Upper Bound	32.851
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.049
		Upper Bound	3.492

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Informasi Dari Petugas Kesehatan\* Usia Menikah Pertama Kali**

informasi dari petugas kesehatan			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
tidak	usia menikah pertama kali	17-19	27	15	42
		14-16	2	5	7
	Total		29	20	49
ya	usia menikah pertama kali	17-19	23	6	29
	Total		23	6	29

**Chi-Square Tests**

informasi dari petugas kesehatan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
tidak	Pearson Chi-Square	3.168(b)	1	.075	.105	.087
	Continuity Correction(a)	1.862	1	.172		
	Likelihood Ratio	3.143	1	.076		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	3.103	1	.078		
	N of Valid Cases	49				
ya	Pearson Chi-Square	.(c)				
	N of Valid Cases	29				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.86.

c No statistics are computed because usia menikah pertama kali is a constant.

**Risk Estimate**

informasi dari petugas kesehatan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
tidak	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	4.500	.776	26.080
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	2.250	.683	7.417
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.500	.269	.929
	N of Valid Cases	49		
ya	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / .)	.(a)		

a No statistics are computed because usia menikah pertama kali is a constant.

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	3.168	1	.075
Mantel-Haenszel	1.824	1	.177

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			4.500
ln(Estimate)			1.504
Std. Error of ln(Estimate)			.896
Asymp. Sig. (2-sided)			.093
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.776
		Upper Bound	26.080
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-.253
		Upper Bound	3.261

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Dukungan Suami\* Usia Menikah Pertama Kali \***

dukungan suami			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
tidak	usia menikah pertama kali	17-19	19	3	22
		14-16	0	2	2
	Total		19	5	24
ya	usia menikah pertama kali	17-19	31	18	49
		14-16	2	3	5
	Total		33	21	54

**Chi-Square Tests**

dukungan suami		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
tidak	Pearson Chi-Square	8.291(b)	1	.004	.036	.036
	Continuity Correction(a)	3.881	1	.049		
	Likelihood Ratio	7.038	1	.008		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	7.945	1	.005		
	N of Valid Cases	24				
ya	Pearson Chi-Square	1.033(c)	1	.309	.366	.291
	Continuity Correction(a)	.286	1	.593		
	Likelihood Ratio	1.003	1	.317		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	1.014	1	.314		
	N of Valid Cases	54				

a Computed only for a 2x2 table

b 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .42.

c 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.94.

**Risk Estimate**

dukungan suami		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
tidak	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.136	.048	.390
	N of Valid Cases	24		
ya	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.612	.274	1.369
	N of Valid Cases	54		
	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	2.583	.394	16.949
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	1.582	.529	4.725

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	2.596	1	.107
Tarone's	2.527	1	.112

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	5.044	1	.025
Mantel-Haenszel	3.235	1	.072

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is

0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate				4.958
ln(Estimate)				1.601
Std. Error of ln(Estimate)				.822
Asymp. Sig. (2-sided)				.051
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound		.990
		Upper Bound		24.832
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound		-.010
		Upper Bound		3.212

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Pendidikan\* Usia Menikah Pertama Kali**

pendidikan			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
rendah	usia menikah pertama kali	17-19	39	20	59
		14-16	2	5	7
	Total		41	25	66
menengah	usia menikah pertama kali	17-19	11	1	12
	Total		11	1	12

**Chi-Square Tests**

pendidikan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
rendah	Pearson Chi-Square	3.746(b)	1	.053	.095	.066
	Continuity Correction(a)	2.321	1	.128		
	Likelihood Ratio	3.640	1	.056		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	3.689	1	.055		
	N of Valid Cases	66				
menengah	Pearson Chi-Square	.(c)				
	N of Valid Cases	12				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.65.

c No statistics are computed because usia menikah pertama kali is a constant.



**Risk Estimate**

pendidikan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
rendah	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	4.875	.868	27.393
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	2.314	.707	7.570
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.475	.263	.855
	N of Valid Cases	66		
menengah	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / .)	.(a)		

a No statistics are computed because usia menikah pertama kali is a constant.

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	3.746	1	.053
Mantel-Haenszel	2.285	1	.131

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate		4.875	
ln(Estimate)		1.584	
Std. Error of ln(Estimate)		.881	
Asymp. Sig. (2-sided)		.072	
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.868
		Upper Bound	27.393
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-.142
		Upper Bound	3.310

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Jumlah Anak yg Diinginkan\* Usia Menikah Pertama Kali \***

jumlah anak yg diinginkan		penggunaan kontrasepsi		Total
		tidak	ya	
>2	usia menikah pertama kali 17-19	11	2	13
	14-16	1	1	2
	Total	12	3	15
≤2	usia menikah pertama kali 17-19	39	19	58
	14-16	1	4	5
	Total	40	23	63

**Chi-Square Tests**

jumlah anak yg diinginkan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
>2	Pearson Chi-Square	1.298(b)	1	.255	.371	.371
	Continuity Correction(a)	.036	1	.849		
	Likelihood Ratio	1.077	1	.299		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	1.212	1	.271		
	N of Valid Cases	15				
≤2	Pearson Chi-Square	4.432(c)	1	.035	.055	.055
	Continuity Correction(a)	2.628	1	.105		
	Likelihood Ratio	4.323	1	.038		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	4.362	1	.037		
	N of Valid Cases	63				

a Computed only for a 2x2 table

b 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

c 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.83.

**Risk Estimate**

jumlah anak yg diinginkan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
>2	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	5.500	.235	128.968
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	1.692	.415	6.898
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.308	.047	2.023
	N of Valid Cases	15		

≤	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	8.211	.858	78.594
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	3.362	.577	19.585
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.409	.231	.726
	N of Valid Cases	63		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.042	1	.838
Tarone's	.041	1	.839

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	5.727	1	.017
Mantel-Haenszel	3.745	1	.053

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			7.380
ln(Estimate)			1.999
Std. Error of ln(Estimate)			.938
Asymp. Sig. (2-sided)			.033
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.173
		Upper Bound	46.407
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.160
		Upper Bound	3.837

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Keterpaparan dg Media Massa\* Usia Menikah Pertama Kali \***

keterpaparan dg media massa			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
tidak terpapar	usia menikah pertama kali	17-19	28	5	33
		14-16	1	3	4
	Total		29	8	37
terpapar	usia menikah pertama kali	17-19	22	16	38
		14-16	1	2	3
	Total		23	18	41

**Chi-Square Tests**

keterpaparan dg media massa		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
tidak terpapar	Pearson Chi-Square	7.540(b)	1	.006	.026	.026
	Continuity Correction(a)	4.422	1	.035		
	Likelihood Ratio	6.063	1	.014		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	7.337	1	.007		
	N of Valid Cases	37				
terpapar	Pearson Chi-Square	.681(c)	1	.409	.573	.407
	Continuity Correction(a)	.049	1	.825		
	Likelihood Ratio	.680	1	.410		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.664	1	.415		
	N of Valid Cases	41				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .86.

c 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.32.

**Risk Estimate**

keterpaparan dg media massa		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
tidak terpapar	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	16.800	1.442	195.676
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	3.394	.618	18.643
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.202	.075	.541
	N of Valid Cases	37		
terpapar	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	2.750	.229	33.014
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	1.737	.343	8.804
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.632	.261	1.527
	N of Valid Cases	41		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	1.090	1	.296
Tarone's	1.032	1	.310

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	6.159	1	.013
Mantel-Haenszel	4.061	1	.044

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			6.364
ln(Estimate)			1.851
Std. Error of ln(Estimate)			.880
Asymp. Sig. (2-sided)			.035
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.134
		Upper Bound	35.720
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.126
		Upper Bound	3.576

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Sikap\* Usia Menikah Pertama Kali**

sikap			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
negatif	usia menikah pertama kali	17-19	14	9	23
		14-16	1	1	2
	Total		15	10	25
positif	usia menikah pertama kali	17-19	36	12	48
		14-16	1	4	5
	Total		37	16	53

**Chi-Square Tests**

sikap		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
negatif	Pearson Chi-Square	.091(b)	1	.763	1.000	.650
	Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.089	1	.766		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.087	1	.768		
	N of Valid Cases	25				
positif	Pearson Chi-Square	6.500(c)	1	.011	.025	.025
	Continuity Correction(a)	4.152	1	.042		
	Likelihood Ratio	5.932	1	.015		
	Fisher's Exact Test					



Linear-by-Linear Association	6.377	1	.012
N of Valid Cases	53		

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .80.

c 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.51.

**Risk Estimate**

sikap		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
negatif	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	1.556	.086	28.145
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	1.217	.293	5.057
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.783	.179	3.427
	N of Valid Cases	25		
positif	Odds Ratio for usia menikah pertama kali (17-19 / 14-16)	12.000	1.219	118.100
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	3.750	.645	21.811
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	.313	.162	.603
	N of Valid Cases	53		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	1.280	1	.258
Tarone's	1.267	1	.260

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	5.186	1	.023
Mantel-Haenszel	3.349	1	.067

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate		5.588
ln(Estimate)		1.721
Std. Error of ln(Estimate)		.856
Asymp. Sig. (2-sided)		.045
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound
		Upper Bound
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound
		.042

Upper Bound

3.399

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Pendidikan\* Pengetahuan**

pendidikan			penggunaan kontrasepsi		Total
			tidak	ya	
rendah	pengetahuan	rendah	13	13	26
		tinggi	28	12	40
	Total		41	25	66
menengah	pengetahuan	tinggi	11	1	12
	Total		11	1	12

**Chi-Square Tests**

pendidikan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
rendah	Pearson Chi-Square	2.679(b)	1	.102	.124	.085
	Continuity Correction(a)	1.896	1	.169		
	Likelihood Ratio	2.665	1	.103		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	2.638	1	.104		
	N of Valid Cases	66				
menengah	Pearson Chi-Square	.(c)				
	N of Valid Cases	12				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.85.

c No statistics are computed because pengetahuan is a constant.

**Risk Estimate**

pendidikan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
rendah	Odds Ratio for pengetahuan (rendah / tinggi)	.429	.154	1.193
	For cohort penggunaan kontrasepsi = tidak	.714	.463	1.103
	For cohort penggunaan kontrasepsi = ya	1.667	.906	3.067
	N of Valid Cases	66		
menengah	Odds Ratio for pengetahuan (tinggi / .)	.(a)		

a No statistics are computed because pengetahuan is a constant.

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	2.679	1	.102
Mantel-Haenszel	1.867	1	.172

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.429
ln(Estimate)			-.847
Std. Error of ln(Estimate)			.522
Asymp. Sig. (2-sided)			.105
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.154
		Upper Bound	1.193
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-1.871
		Upper Bound	.177

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Status Pekerjaan\* Pengetahuan**

Status Pekerjaan			Penggunaan Kontrasepsi		Total
			ya	Tidak	
bekerja	Pengetahuan	tinggi	1	4	5
		rendah	1	1	2
	Total		2	5	7
tidak bekerja	Pengetahuan	tinggi	12	35	47
		rendah	12	12	24
	Total		24	47	71

**Chi-Square Tests**

Status Pekerjaan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
bekerja	Pearson Chi-Square	.630(b)	1	.427	1.000	.524
	Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.599	1	.439		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.540	1	.462		
	N of Valid Cases	7				
	tidak bekerja	Pearson Chi-Square	4.251(c)	1		
Continuity Correction(a)		3.228	1	.072		
Likelihood Ratio		4.167	1	.041		
Fisher's Exact Test						
Linear-by-Linear Association		4.191	1	.041		
N of Valid Cases		71				

a Computed only for a 2x2 table

b 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .57.

c 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.11.

**Risk Estimate**

Status Pekerjaan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
bekerja	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.250	.007	8.560
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.400	.043	3.737
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.600	.374	6.845
	N of Valid Cases	7		
tidak bekerja	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.343	.122	.965
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.511	.272	.960
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.489	.965	2.298
	N of Valid Cases	71		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.028	1	.866
Tarone's	.028	1	.866

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	4.842	1	.028
Mantel-Haenszel	3.690	1	.055

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.335
ln(Estimate)			-1.095
Std. Error of ln(Estimate)			.506
Asymp. Sig. (2-sided)			.031
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.124
		Upper Bound	.903
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-2.087
		Upper Bound	-.102

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Pendapatan Keluarga\* Pengetahuan**

Pendapatan Keluarga			Penggunaan Kontrasepsi		Total
			ya	tidak	
tinggi	Pengetahuan	tinggi	0	13	13
		rendah	2	0	2
	Total		2	13	15
rendah	Pengetahuan	tinggi	13	26	39
		rendah	11	13	24
	Total		24	39	63

**Chi-Square Tests**

Pendapatan Keluarga		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
tinggi	Pearson Chi-Square	15.000(b)	1	.000		
	Continuity Correction(a)	7.594	1	.006		
	Likelihood Ratio	11.780	1	.001		
	Fisher's Exact Test				.010	.010
	Linear-by-Linear Association	14.000	1	.000		
	N of Valid Cases	15				
rendah	Pearson Chi-Square	.984(c)	1	.321		
	Continuity Correction(a)	.526	1	.468		
	Likelihood Ratio	.978	1	.323		
	Fisher's Exact Test				.424	.234



Linear-by-Linear Association	.969	1	.325	
N of Valid Cases	63			

a Computed only for a 2x2 table

b 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .27.

c 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.14.

**Risk Estimate**

Pendapatan Keluarga		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
tinggi	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	(a)		
rendah	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.591	.208	1.677
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.727	.391	1.354
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.231	.801	1.892
	N of Valid Cases	63		

a Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	8.531	1	.003
Tarone's	8.490	1	.004

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	3.480	1	.062
Mantel-Haenszel	2.530	1	.112

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate		.428
ln(Estimate)		-.849
Std. Error of ln(Estimate)		.485
Asymp. Sig. (2-sided)		.080
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound
		Upper Bound
ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-1.800
	Upper Bound	.101

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Jarak\* Pengetahuan**

Jarak			Penggunaan Kontrasepsi		Total
			ya	tidak	
dekat	Pengetahuan	tinggi	13	37	50
		rendah	12	12	24
	Total		25	49	74
jauh	Pengetahuan	tinggi	0	2	2
		rendah	1	1	2
	Total		1	3	4

**Chi-Square Tests**

Jarak		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
dekat	Pearson Chi-Square	4.175(b)	1	.041	.065	.039
	Continuity Correction(a)	3.171	1	.075		
	Likelihood Ratio	4.083	1	.043		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	4.119	1	.042		
	N of Valid Cases	74				
jauh	Pearson Chi-Square	1.333(c)	1	.248	1.000	.500
	Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	1.726	1	.189		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	1.000	1	.317		
	N of Valid Cases	4				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.11.

c 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

**Risk Estimate**

Jarak		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
dekat	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.351	.127	.974
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.520	.281	.962
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.480	.960	2.281
	N of Valid Cases	74		
jauh	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	2.000	.500	7.997
	N of Valid Cases	4		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.570	1	.450
Tarone's	.570	1	.450

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	5.056	1	.025
Mantel-Haenszel	3.857	1	.050

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.324
ln(Estimate)			-1.126
Std. Error of ln(Estimate)			.511
Asymp. Sig. (2-sided)			.028
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.119
		Upper Bound	.883
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-2.127
		Upper Bound	-.125

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Informasi dari Petugas Kesehatan\* Pengetahuan**

Informasi dari Petugas Kesehatan			Penggunaan Kontrasepsi		Total
			ya	tidak	
ya	Pengetahuan	tinggi	2	15	17
		rendah	4	8	12
	Total		6	23	29
tidak	Pengetahuan	tinggi	11	24	35
		rendah	9	5	14
	Total		20	29	49

**Chi-Square Tests**

Informasi dari Petugas Kesehatan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
ya	Pearson Chi-Square	1.994(b)	1	.158	.198	.172
	Continuity Correction(a)	.896	1	.344		
	Likelihood Ratio	1.978	1	.160		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	1.926	1	.165		
	N of Valid Cases	29				
tidak	Pearson Chi-Square	4.469(c)	1	.035	.054	.037
	Continuity Correction(a)	3.212	1	.073		
	Likelihood Ratio	4.443	1	.035		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	4.378	1	.036		
	N of Valid Cases	49				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.48.

c 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.71.

**Risk Estimate**

Informasi dari Petugas Kesehatan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
ya	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.267	.040	1.786
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.353	.077	1.627
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.324	.856	2.047
	N of Valid Cases	29		
tidak	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.255	.069	.939
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.489	.261	.914
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.920	.918	4.015
	N of Valid Cases	49		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.002	1	.969
Tarone's	.002	1	.969

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	6.462	1	.011
Mantel-Haenszel	5.057	1	.025

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.258
ln(Estimate)			-1.353
Std. Error of ln(Estimate)			.549
Asymp. Sig. (2-sided)			.014
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.088
		Upper Bound	.758
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-2.429
		Upper Bound	-.277

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Dukungan Suami\* Pengetahuan**

Dukungan Suami			Penggunaan Kontrasepsi		Total
			ya	tidak	
ya	Pengetahuan	tinggi	11	23	34
		rendah	10	10	20
	Total		21	33	54
tidak	Pengetahuan	tinggi	2	16	18
		rendah	3	3	6
	Total		5	19	24

**Chi-Square Tests**

Dukungan Suami		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
ya	Pearson Chi-Square	1.650(b)	1	.199	.253	.160
	Continuity Correction(a)	.991	1	.319		
	Likelihood Ratio	1.639	1	.200		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	1.620	1	.203		
	N of Valid Cases	54				
tidak	Pearson Chi-Square	4.126(c)	1	.042		
	Continuity Correction(a)	2.105	1	.147		
	Likelihood Ratio	3.688	1	.055		



Fisher's Exact Test				.078	.078
Linear-by-Linear Association	3.954	1	.047		
N of Valid Cases	24				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.78.

c 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.25.

**Risk Estimate**

Dukungan Suami		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
ya	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.478	.154	1.486
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.647	.336	1.245
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.353	.824	2.222
	N of Valid Cases	54		
tidak	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.125	.014	1.098
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.222	.048	1.028
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.778	.786	4.023
	N of Valid Cases	24		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	1.188	1	.276
Tarone's	1.184	1	.276

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	4.225	1	.040
Mantel-Haenszel	3.153	1	.076

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate				.365
ln(Estimate)				-1.007
Std. Error of ln(Estimate)				.507
Asymp. Sig. (2-sided)				.047
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound		.135
		Upper Bound		.987
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound		-2.000
		Upper Bound		-.013

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Jumlah Anak yg Diinginkan\* Pengetahuan**

Jumlah Anak yg Diinginkan		Penggunaan Kontrasepsi		Total
		ya	tidak	
≤2	Pengetahuan tinggi	10	31	41
	rendah	13	9	22
	Total	23	40	63
>2	Pengetahuan tinggi	3	8	11
	rendah	0	4	4
	Total	3	12	15

**Chi-Square Tests**

Jumlah Anak yg Diinginkan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
≤2	Pearson Chi-Square	7.438(b)	1	.006	.012	.007
	Continuity Correction(a)	6.016	1	.014		
	Likelihood Ratio	7.371	1	.007		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	7.320	1	.007		
	N of Valid Cases	63				
>2	Pearson Chi-Square	1.364(c)	1	.243	.516	.363
	Continuity Correction(a)	.192	1	.661		
	Likelihood Ratio	2.121	1	.145		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	1.273	1	.259		
	N of Valid Cases	15				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.03.

c 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .80.

**Risk Estimate**

Jumlah Anak yg Diinginkan		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
≤2	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.223	.074	.677
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.413	.217	.784
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.848	1.086	3.145
	N of Valid Cases	63		
>2	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	.727	.506	1.044
	N of Valid Cases	15		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	3.942	1	.047
Tarone's	3.941	1	.047

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	4.587	1	.032
Mantel-Haenszel	3.472	1	.062

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate		.348	
ln(Estimate)		-1.054	
Std. Error of ln(Estimate)		.503	
Asymp. Sig. (2-sided)		.036	
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.130
		Upper Bound	.934
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-2.041
		Upper Bound	-.068

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Keterpaparan dg Media Massa\* Pengetahuan**

Keterpaparan dg Media Massa			Penggunaan Kontrasepsi		Total
			ya	tidak	
terpapar	Pengetahuan	tinggi	11	18	29
		rendah	7	5	12
	Total		18	23	41
tidak terpapar	Pengetahuan	tinggi	2	21	23
		rendah	6	8	14
	Total		8	29	37

**Chi-Square Tests**

Keterpaparan dg Media Massa		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
	Continuity Correction(a)	.726	1	.394		
	Likelihood Ratio	1.430	1	.232		
	Fisher's Exact Test				.307	.197
	Linear-by-Linear Association	1.400	1	.237		
	N of Valid Cases	41				
tidak terpapar	Pearson Chi-Square	5.993(c)	1	.014		
	Continuity Correction(a)	4.147	1	.042		
	Likelihood Ratio	5.922	1	.015		
	Fisher's Exact Test				.035	.022
	Linear-by-Linear Association	5.831	1	.016		
	N of Valid Cases	37				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.27.

c 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.03.

**Risk Estimate**

Keterpaparan dg Media Massa		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
terpapar	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.437	.111	1.720
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.650	.334	1.267
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.490	.720	3.083
	N of Valid Cases	41		
tidak terpapar	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.127	.021	.765
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.203	.047	.870

For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.598	.998	2.559
N of Valid Cases	37		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	1.169	1	.280
Tarone's	1.166	1	.280

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	6.208	1	.013
Mantel-Haenszel	4.832	1	.028

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.274
ln(Estimate)			-1.295
Std. Error of ln(Estimate)			.543
Asymp. Sig. (2-sided)			.017
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.094
		Upper Bound	.794
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-2.360
		Upper Bound	-.230

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**Penggunaan Kontrasepsi \* Sikap\* Pengetahuan**

Sikap			Penggunaan Kontrasepsi		Total
			ya	tidak	
positif	Pengetahuan	tinggi	10	30	40
		rendah	6	7	13
	Total		16	37	53
negatif	Pengetahuan	tinggi	3	9	12
		rendah	7	6	13
	Total		10	15	25



**Chi-Square Tests**

Sikap		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
positif	Pearson Chi-Square	2.083(b)	1	.149	.177	.137
	Continuity Correction(a)	1.200	1	.273		
	Likelihood Ratio	1.989	1	.158		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	2.044	1	.153		
	N of Valid Cases	53				
negatif	Pearson Chi-Square	2.163(c)	1	.141	.226	.144
	Continuity Correction(a)	1.128	1	.288		
	Likelihood Ratio	2.210	1	.137		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	2.077	1	.150		
	N of Valid Cases	25				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.92.

c 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.80.

**Risk Estimate**

Sikap		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
positif	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.389	.106	1.433
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.542	.244	1.200
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.393	.816	2.376
	N of Valid Cases	53		
negatif	Odds Ratio for Pengetahuan (tinggi / rendah)	.286	.052	1.567
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = ya	.464	.154	1.397
	For cohort Penggunaan Kontrasepsi = tidak	1.625	.830	3.182
	N of Valid Cases	25		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.080	1	.778
Tarone's	.080	1	.778

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	4.213	1	.040
Mantel-Haenszel	3.107	1	.078

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.345
ln(Estimate)			-1.064
Std. Error of ln(Estimate)			.526
Asymp. Sig. (2-sided)			.043
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.123
		Upper Bound	.968
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-2.096
		Upper Bound	-.033

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

**LAMPIRAN G. Analisis Regresi Logistik**

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	78	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	78	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		78	100.0

a If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
tidak	0
ya	1

**Categorical Variables Codings**

		Frequency	Parameter coding
			(1)
usia menikah pertama kali	17-19	71	.000
	14-16	7	1.000
tingkat pendapatan	rendah	63	.000
	tinggi	15	1.000
pengetahuan	rendah	26	.000
	tinggi	52	1.000
jarak	jauh	4	.000
	dekat	74	1.000
informasi dari petugas kesehatan	tidak	49	.000
	ya	29	1.000
dukungan suami	tidak	24	.000
	ya	54	1.000
pendidikan	rendah	66	.000
	menengah	12	1.000
sikap	negatif	25	.000
	positif	53	1.000
keterpaparan dg media massa	tidak terpapar	37	.000
	terpapar	41	1.000
jumlah anak yg diinginkan	lebih2	15	.000
	kurang2	63	1.000
status pekerjaan	tidak bekerja	71	.000
	bekerja	7	1.000

**Block 0: Beginning Block**

**Iteration History(a,b,c)**

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients
			Constant
Step 0	1	99.308	-.667
	2	99.296	-.693
	3	99.296	-.693

a Constant is included in the model.

b Initial -2 Log Likelihood: 99.296

c Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

**Classification Table(a,b)**

	Observed		Predicted		
			penggunaan kontrasepsi		Percentage Correct
			tidak	ya	
Step 0	penggunaan kontrasepsi	tidak	52	0	100.0
		ya	26	0	.0
Overall Percentage					66.7

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.693	.240	8.328	1	.004	.500

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.	
Step 0	Variables	PEKERJAAN(1)	.078	1	.779	
		PENDAPATAN(1)	3.343	1	.067	
		PENGETAHUAN(1)	4.875	1	.027	
		JARAK(1)	.132	1	.717	
		INFORMASI DARI PETUGAS(1)	3.321	1	.068	
		DUKUNGAN SUAMI(1)	2.437	1	.118	
		PENDIDIKAN(1)	3.989	1	.046	
		JUMLAH ANAK YG DIINGINKAN(1)	1.486	1	.223	
		KETERPAPARAN DG MEDIA MASSA(1)	4.345	1	.037	
		SIKAP(1)	.736	1	.391	
		USIA MENIKAH PERTAMA KALI(1)	5.022	1	.025	
		Overall Statistics		24.375	11	.011

**Block 1: Method = Backward Stepwise (Wald)**

**Iteration History(a,b,c,d)**

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients											
		Constant	PEKERJAN (1)	PENDAPATAN (1)	PENGETAHUAN(1)	JARAK(1)	INFORMAS IDR PETUGAS(1)	DUKUNGAN SUAMI (1)	PENDIDIKAN(1)	JUMLAH ANAK YG DIINGINKAN(1)	KETERPAPARAN DG MEDIA MASSA(1)	SIKAP(1)	USIA MENIKAH PERTAMA KALI(1)
Step 1	73.794	-1.440	.127	-.794	-.933	.250	-.672	.310	-.215	.918	1.001	-.091	1.813
2	69.050	-2.213	-.155	-1.661	-1.172	.332	-.952	.510	-.454	1.565	1.485	-.241	2.631
3	68.384	-2.547	-.211	-2.304	-1.281	.389	-1.054	.572	-.502	1.875	1.658	-.335	3.203
4	68.350	-2.614	-.215	-2.519	-1.308	.407	-1.070	.576	-.500	1.945	1.685	-.359	3.381
5	68.350	-2.618	-.215	-2.536	-1.309	.408	-1.070	.575	-.500	1.949	1.687	-.360	3.394
6	68.350	-2.618	-.215	-2.536	-1.309	.408	-1.070	.575	-.500	1.949	1.687	-.360	3.394
Step 2	73.776	-1.444		-.798	-.928	.254	-.656	.313	-.204	.923	1.003	-.100	1.811
2	69.091	-2.195		-1.643	-1.181	.325	-.970	.505	-.462	1.545	1.480	-.228	2.627
3	68.428	-2.511		-2.272	-1.296	.380	-1.086	.563	-.531	1.841	1.647	-.316	3.184
4	68.395	-2.575		-2.484	-1.322	.398	-1.103	.565	-.536	1.908	1.673	-.339	3.358
5	68.395	-2.579		-2.501	-1.323	.399	-1.104	.564	-.536	1.912	1.674	-.340	3.371
6	68.395	-2.579		-2.501	-1.323	.399	-1.104	.564	-.536	1.912	1.674	-.340	3.371
Step 3	73.831	-1.223		-.807	-.920		-.631	.305	-.195	.915	1.030	-.099	1.841
2	69.156	-1.923		-1.645	-1.164		-.934	.495	-.459	1.539	1.520	-.230	2.673
3	68.504	-2.197		-2.263	-1.271		-1.039	.549	-.533	1.832	1.696	-.317	3.237
4	68.473	-2.246		-2.470	-1.295		-1.053	.550	-.541	1.897	1.725	-.338	3.410
5	68.472	-2.249		-2.486	-1.296		-1.053	.549	-.541	1.901	1.726	-.340	3.423
6	68.472	-2.249		-2.486	-1.296		-1.053	.549	-.541	1.901	1.726	-.340	3.423
Step 4	73.967	-1.238		-.840	-.954		-.647	.333		.928	1.024	-.114	1.878



	2	69.372	-1.958		-1.743	-1.234		-.956	.559		1.561	1.501	-.259	2.773
	3	68.701	-2.255		-2.393	-1.347		-1.063	.630		1.869	1.687	-.358	3.373
	4	68.669	-2.310		-2.602	-1.371		-1.078	.634		1.938	1.718	-.383	3.552
	5	68.668	-2.313		-2.617	-1.372		-1.078	.633		1.941	1.720	-.384	3.565
	6	68.668	-2.313		-2.617	-1.372		-1.078	.633		1.941	1.720	-.384	3.565
	Step 5	1	74.055	-1.303		-.851	-.979		-.653	.344		.942	1.006	
2		69.631	-2.097		-1.741	-1.285		-.973	.580		1.585	1.456		2.763
3		69.048	-2.430		-2.343	-1.406		-1.082	.654		1.884	1.616		3.330
4		69.024	-2.486		-2.517	-1.428		-1.095	.659		1.942	1.639		3.481
5		69.024	-2.488		-2.528	-1.429		-1.095	.659		1.945	1.640		3.490
6		69.024	-2.488		-2.528	-1.429		-1.095	.659		1.945	1.640		3.490
Step 6	1	74.675	-1.021		-.935	-1.011		-.657			.907	1.044		1.906
	2	70.525	-1.634		-1.875	-1.320		-.955			1.537	1.501		2.794
	3	69.960	-1.901		-2.511	-1.436		-1.049			1.820	1.656		3.348
	4	69.935	-1.951		-2.703	-1.459		-1.059			1.876	1.676		3.503
	5	69.935	-1.953		-2.716	-1.461		-1.059			1.878	1.677		3.514
	6	69.935	-1.953		-2.716	-1.461		-1.059			1.878	1.677		3.514
Step 7	1	76.845	-1.391		-.966	-.921					.957	1.057		2.184
	2	73.199	-2.132		-1.861	-1.187					1.565	1.520		3.176
	3	72.713	-2.419		-2.455	-1.286					1.829	1.661		3.736
	4	72.692	-2.468		-2.628	-1.306					1.880	1.678		3.881
	5	72.692	-2.470		-2.639	-1.307					1.882	1.678		3.889
	6	72.692	-2.470		-2.639	-1.307					1.882	1.678		3.889

a Method: Backward Stepwise (Wald)

b Constant is included in the model.

c Initial -2 Log Likelihood: 99.296

d Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	30.946	11	.001
	Block	30.946	11	.001
	Model	30.946	11	.001
Step 2(a)	Step	-.044	1	.833
	Block	30.902	10	.001
	Model	30.902	10	.001
Step 3(a)	Step	-.078	1	.780
	Block	30.824	9	.000
	Model	30.824	9	.000
Step 4(a)	Step	-.196	1	.658
	Block	30.628	8	.000
	Model	30.628	8	.000
Step 5(a)	Step	-.356	1	.551
	Block	30.272	7	.000
	Model	30.272	7	.000
Step 6(a)	Step	-.911	1	.340
	Block	29.361	6	.000
	Model	29.361	6	.000
Step 7(a)	Step	-2.757	1	.097
	Block	26.604	5	.000
	Model	26.604	5	.000

a A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	68.350	.327	.455
2	68.395	.327	.454
3	68.472	.326	.453
4	68.668	.325	.451
5	69.024	.322	.447
6	69.935	.314	.436
7	72.692	.289	.401

**Hosmer and Lemeshow Test**

Step	Chi-square	df	Sig.
1	5.939	8	.654
2	5.418	8	.712
3	5.976	8	.650
4	5.819	8	.668
5	7.068	7	.422
6	4.385	7	.734
7	7.201	6	.303

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		penggunaan kontrasepsi = tidak		penggunaan kontrasepsi = ya		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	8	7.915	0	.085	8
	2	8	7.681	0	.319	8
	3	8	7.178	0	.822	8
	4	6	6.869	2	1.131	8
	5	5	6.790	4	2.210	9
	6	6	5.577	2	2.423	8
	7	5	4.271	3	3.729	8
	8	3	3.636	6	5.364	9
	9	3	1.797	5	6.203	8
	10	0	.285	4	3.715	4
Step 2	1	8	7.913	0	.087	8
	2	8	7.688	0	.312	8
	3	8	7.197	0	.803	8
	4	6	6.895	2	1.105	8
	5	5	6.102	3	1.898	8
	6	5	5.521	3	2.479	8
	7	6	4.447	2	3.553	8
	8	3	3.772	6	5.228	9
	9	2	2.025	6	5.975	8
	10	1	.440	4	4.560	5
Step 3	1	8	7.910	0	.090	8
	2	8	7.687	0	.313	8
	3	9	8.080	0	.920	9
	4	6	6.795	2	1.205	8
	5	4	5.335	3	1.665	7
	6	5	5.538	3	2.462	8
	7	6	4.395	2	3.605	8
	8	3	3.763	6	5.237	9
	9	2	2.055	6	5.945	8
	10	1	.442	4	4.558	5
Step 4	1	8	7.926	0	.074	8
	2	8	7.666	0	.334	8
	3	8	7.230	0	.770	8
	4	7	7.543	2	1.457	9
	5	4	5.389	3	1.611	7
	6	5	5.557	3	2.443	8
	7	6	4.352	2	3.648	8
	8	3	3.851	6	5.149	9
	9	2	2.063	6	5.937	8
	10	1	.422	4	4.578	5
Step 5	1	8	7.908	0	.092	8
	2	8	7.634	0	.366	8
	3	10	8.972	0	1.028	10

	4	4	5.799	3	1.201	7
	5	7	8.299	4	2.701	11
	6	6	5.068	2	2.932	8
	7	3	2.404	2	2.596	5
	8	3	3.730	6	5.270	9
	9	3	2.187	9	9.813	12
Step 6	1	9	8.883	0	.117	9
	2	9	8.484	0	.516	9
	3	5	6.189	2	.811	7
	4	7	6.582	1	1.418	8
	5	5	6.123	3	1.877	8
	6	6	5.532	2	2.468	8
	7	4	3.068	2	2.932	6
	8	4	4.181	5	4.819	9
	9	3	2.957	11	11.043	14
Step 7	1	9	8.892	0	.108	9
	2	6	5.650	0	.350	6
	3	3	4.454	2	.546	5
	4	12	11.300	1	1.700	13
	5	4	2.720	0	1.280	4
	6	7	7.070	4	3.930	11
	7	8	8.307	7	6.693	15
	8	3	3.608	12	11.392	15

Classification Table(a)

	Observed		Predicted		
			penggunaan kontrasepsi		Percentage Correct
			tidak	ya	
Step 1	penggunaan kontrasepsi	tidak	45	7	86.5
		ya	10	16	61.5
	Overall Percentage				78.2
Step 2	penggunaan kontrasepsi	tidak	45	7	86.5
		ya	10	16	61.5
	Overall Percentage				78.2
Step 3	penggunaan kontrasepsi	tidak	45	7	86.5
		ya	9	17	65.4
	Overall Percentage				79.5
Step 4	penggunaan kontrasepsi	tidak	45	7	86.5
		ya	9	17	65.4
	Overall Percentage				79.5
Step 5	penggunaan kontrasepsi	tidak	44	8	84.6
		ya	9	17	65.4
	Overall Percentage				78.2

Step 6	penggunaan kontrasepsi	tidak	45	7	86.5
		ya	9	17	65.4
	Overall Percentage				79.5
Step 7	penggunaan kontrasepsi	tidak	49	3	94.2
		ya	14	12	46.2
	Overall Percentage				78.2

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Step 1(a)	PKERJAN(1)	-.215	1.026	.044	1	.834	.807	.108	6.023	
	PNDPTAN(1)	-2.536	1.460	3.016	1	.082	.079	.005	1.386	
	PNGTAU(1)	-1.309	.679	3.723	1	.054	.270	.071	1.021	
	JARAK(1)	.408	1.446	.079	1	.778	1.503	.088	25.559	
	PTGAS(1)	-1.070	.717	2.227	1	.136	.343	.084	1.398	
	SUAMI(1)	.575	.739	.606	1	.436	1.777	.418	7.566	
	PNDDK(1)	-.500	1.265	.156	1	.693	.607	.051	7.244	
	ANAK(1)	1.949	.974	4.003	1	.045	7.020	1.041	47.360	
	MEDIA(1)	1.687	.714	5.580	1	.018	5.402	1.333	21.893	
	SIKAP(1)	-.360	.656	.301	1	.583	.698	.193	2.524	
	USIA(1)	3.394	1.466	5.359	1	.021	29.779	1.683	526.936	
	Constant	-2.618	1.771	2.184	1	.139	.073			
	Step 2(a)	PNDPTAN(1)	-2.501	1.450	2.975	1	.085	.082	.005	1.406
PNGTAU(1)		-1.323	.675	3.839	1	.050	.266	.071	1.000	
JARAK(1)		.399	1.445	.076	1	.783	1.490	.088	25.316	
PTGAS(1)		-1.104	.702	2.475	1	.116	.332	.084	1.312	
SUAMI(1)		.564	.739	.583	1	.445	1.759	.413	7.491	
PNDDK(1)		-.536	1.261	.181	1	.671	.585	.049	6.924	
ANAK(1)		1.912	.957	3.991	1	.046	6.768	1.037	44.179	
MEDIA1(1)		1.674	.712	5.531	1	.019	5.334	1.322	21.530	
SIKAP(1)		-.340	.650	.274	1	.601	.712	.199	2.543	
USIA(1)		3.371	1.458	5.347	1	.021	29.104	1.672	506.751	
Constant		-2.579	1.761	2.144	1	.143	.076			
Step 3(a)		PNDPTAN(1)	-2.486	1.441	2.975	1	.085	.083	.005	1.403
		PNGTAU(1)	-1.296	.665	3.801	1	.051	.274	.074	1.007
	PTGAS(1)	-1.053	.676	2.426	1	.119	.349	.093	1.313	
	SUAMI(1)	.549	.734	.560	1	.454	1.732	.411	7.301	
	PNDDK(1)	-.541	1.262	.184	1	.668	.582	.049	6.903	
	ANAK(1)	1.901	.955	3.962	1	.047	6.694	1.030	43.526	
	MEDIA(1)	1.726	.690	6.260	1	.012	5.620	1.454	21.732	
	SIKAP(1)	-.340	.649	.274	1	.601	.712	.200	2.539	
	USIA(1)	3.423	1.448	5.586	1	.018	30.653	1.794	523.831	
	Constant	-2.249	1.277	3.100	1	.078	.106			




Step 4(a)	PNDPTAN(1)	-2.617	1.409	3.451	1	.063	.073	.005	1.155	
	PNGTAU(1)	-1.372	.648	4.482	1	.034	.254	.071	.903	
	PTGAS(1)	-1.078	.672	2.575	1	.109	.340	.091	1.270	
	SUAMI(1)	.633	.709	.798	1	.372	1.884	.470	7.559	
	ANAK(1)	1.941	.958	4.110	1	.043	6.969	1.067	45.538	
	MEDIA(1)	1.720	.690	6.221	1	.013	5.584	1.445	21.570	
	SIKAP(1)	-.384	.644	.355	1	.551	.681	.193	2.408	
	USIA(1)	3.565	1.426	6.249	1	.012	35.340	2.160	578.317	
	Constant	-2.313	1.286	3.237	1	.072	.099			
Step 5(a)	PNDPTAN(1)	-2.528	1.367	3.419	1	.064	.080	.005	1.164	
	PNGTAU(1)	-1.429	.641	4.977	1	.026	.239	.068	.841	
	PTGAS(1)	-1.095	.670	2.668	1	.102	.335	.090	1.245	
	SUAMI(1)	.659	.704	.875	1	.350	1.932	.486	7.678	
	ANAK(1)	1.945	.948	4.208	1	.040	6.993	1.090	44.847	
	MEDIA(1)	1.640	.670	5.984	1	.014	5.153	1.385	19.167	
	USIA(1)	3.490	1.404	6.180	1	.013	32.792	2.093	513.850	
	Constant	-2.488	1.245	3.998	1	.046	.083			
	Step 6(a)	PNDPTAN(1)	-2.716	1.404	3.741	1	.053	.066	.004	1.037
PNGTAU(1)		-1.461	.633	5.322	1	.021	.232	.067	.803	
PTGAS(1)		-1.059	.658	2.593	1	.107	.347	.095	1.259	
ANAK(1)		1.878	.931	4.068	1	.044	6.544	1.055	40.604	
MEDIA(1)		1.677	.663	6.399	1	.011	5.350	1.459	19.616	
USIA(1)		3.514	1.413	6.184	1	.013	33.568	2.105	535.296	
Constant		-1.953	1.079	3.279	1	.070	.142			
Step 7(a)		PNDPTAN(1)	-2.639	1.386	3.623	1	.057	.071	.005	1.081
		PNGTAU(1)	-1.307	.604	4.674	1	.031	.271	.083	.885
	ANAK(1)	1.882	.922	4.168	1	.041	6.569	1.078	40.030	
	MEDIA(1)	1.678	.648	6.711	1	.010	5.355	1.504	19.063	
	USIA(1)	3.889	1.399	7.731	1	.005	48.875	3.151	758.140	
	Constant	-2.470	1.024	5.817	1	.016	.085			

a Variable(s) entered on step 1: PKERJAN, PNDPTAN, PNGTAU, JARAK, PTGAS, SUAMI, PNDDK, ANAK, MEDIA, SIKAP, USIA

LAMPIRAN H. Surat Ijin Penelitian

a. Surat Ijin Penelitian Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada  
Yth. Sdr. 1. Kepala BP2KB Kabupaten Jember  
2. Camat Sukowono  
di -  
JEMBER

**SURAT REKOMENDASI**  
Nomor : 072/66/314/2015

Tentang  
**PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah  
2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember

Memperhatikan : Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 13 Januari 2015 Nomor : 126/UN25.1.12/SP/2015 perihal Permohonan Ijin Penelitian.

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama /NIM : Rofy Anggi Pratiwi 112110101091  
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Keperluan : Melaksanakan penelitian yang berjudul : **"Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember 2014"**  
Lokasi : BP2KB Kabupaten Jember dan Kecamatan Sukowono.  
Tanggal : 14-01-2015 s/d 14-04-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.  
Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :  
1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan  
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik  
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 14-01-2015

KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER

  
Drs. WIDI PRASETYO, M.Pd.  
Pembina Tingkat I  
19611008 198201 1 005

Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember  
2. Arsip ybs.

**b. Surat Pengantar dari Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Kabupaten Jember**

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN KELUARGA BERENCANA**  
Jl. PB. SUDIRMAN No. 11 Lt. 3 Telp. 0331 - 422103 JEMBER 62121  
**JEMBER**

---

Jember, 19 Januari 2015

Nomor : 476 / /35.09.311/2015      Kepada :  
Sifat : Penting      Yth. Sdr. Kepala UPTB Kec. Sukowono  
Lampiran : -      di -  
Perihal : **Pengambilan Data Oleh**      **SUKOWONO**  
          : **Mahasiswi Universitas Jember**


Sehubungan dengan pengumpulan data dalam rangka penelitian tugas akhir oleh mahasiswi Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang dilaksanakan oleh :

Nama : **ROFY ANGGI PRATIWI**  
NIM : 112110101091  
Status : Mahasiswi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : **Melakukan Pengambilan Data Tentang “ Preferensi Penggunaan Kontrasepsi pada Pasangan Pernikahan Dini di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember 2014 “**

Bersama ini dimohon kepada Saudara untuk memberikan bantuan, tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Demikian atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.

KEPALA BADAN PEMBERDAYAN PEREMPUAN  
DAN KELUARGA BERENCANA  
KABUPATEN JEMBER

  
**Dra. LILIK HARTINI, M.Si.**  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19601103 198603 2 008