

OTONOMI PENGAMBILAN KEPUTUSAN PEREMPUAN MENIKAH DAN STATUS PENGGUNAAN KONTRASEPSI

Asep Kusnali¹, Herti Windya Puspasari²

^{1,2}Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan

Email: akusnali@gmail.com

ABSTRAK

Ketidaksetaraan gender sering disebut sebagai penghalang untuk meningkatkan *outcome* kesehatan seksual dan reproduksi pada perempuan, termasuk penggunaan kontrasepsi. Indonesia berada di peringkat 85 dari 153 negara dalam *Global Gender Gap Report 2020*, yang menunjukkan masih adanya ketidaksetaraan gender dalam beberapa bidang, walaupun peningkatan positif dalam partisipasi perempuan bidang ekonomi, kesehatan dan pendidikan sudah ditunjukkan sejak tahun 2014. Mengingat fakta ini, kami menyelidiki dampak otonomi pengambilan keputusan perempuan pada penggunaan kontrasepsi di antara wanita menikah usia 15-49 tahun di Indonesia. Merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan data *Indonesia Family Life Survey (IFLS)* Tahun 2014 yang kemudian dianalisis menggunakan regresi *ordered logistic*. Partisipasi perempuan dalam membuat empat keputusan rumah tangga yang digunakan adalah pengeluaran untuk makanan yang dimakan di rumah; pengeluaran rumah tangga sehari-hari; alokasi waktu yang dihabiskan di luar rumah untuk bersosialisasi bersama teman/tetangga; dan penggunaan alat kontrasepsi telah digunakan sebagai otonomi pengambilan keputusan perempuan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa otonomi pengambilan keputusan perempuan berhubungan positif dengan penggunaan kontrasepsi. Usia perempuan, status pekerjaan, pendidikan terakhir, jumlah anak, wilayah tempat tinggal, akses internet dan pengeluaran per kapita juga signifikan berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi. Hasil studi tersebut menyarankan untuk mengintegrasikan intervensi untuk otonomi pengambilan keputusan perempuan ke dalam program keluarga berencana.

Kata kunci: kontrasepsi, otonomi perempuan

ABSTRACT

Gender inequality is often cited as a barrier to improving women's sexual and reproductive health outcomes, including contraceptive use. Indonesia is ranked at 85th place out of the 153 countries in Global Gender Gap Report 2020, which indicates gender inequality. Although positive increases in women's participation in the economy, health and education have been shown since 2014. Keeping in view this fact, we investigated the impact of women's decision-making autonomy on contraceptive use among married women age 15–49 years in Indonesia. Indonesia Family Life Survey (IFLS) 2014 data has been used for analysis by ordered logistic regression. Women's participation in making four household decisions: food purchases, household purchases; freedom to visit family and relatives and contraceptive use have been used as women's decision-making autonomy. The results indicated that women's decision-making autonomy has been positively associated with contraceptive use. Women's age, job status, education level, number of children, domicile

status, internet access, and household wealth status also been found statistically significantly associated with contraceptive use. The current study suggests integrating the interventions for women's decision-making autonomy into family planning programs.

Key words: *contraceptive, women's autonomy*

PENDAHULUAN

Keluarga berencana dianggap sebagai alat penting untuk mencapai keseimbangan penduduk. Karena implikasi sosial-ekonomi, lingkungan, dan hak asasi manusianya yang besar (Endler et al., 2021), keluarga berencana dianggap sebagai prioritas pembangunan penting bagi banyak negara berkembang termasuk Indonesia. Keluarga berencana berkontribusi untuk mencapai tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*) melalui jarak kelahiran yang lebih sehat dan dengan mengurangi kematian dan kesakitan yang terkait dengan kehamilan (Kementerian PPN/Bappenas, Badan Pusat Statistik Indonesia, & United Nations Population Fund, 2018). Penggunaan kontrasepsi merupakan alat dasar untuk keluarga berencana. Pemanfaatan berbagai metode kontrasepsi merupakan strategi kunci untuk menghindari kehamilan yang rumit dan tidak diinginkan. Di antara banyak intervensi, penggunaan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan adalah salah satu cara yang paling hemat biaya untuk mengurangi kematian ibu (Bongaarts & Sinding, 2009; Nadeem, Malik, Anwar, & Khurram, 2021).

Peserta KB aktif di antara PUS tahun 2019 sebesar 62,5%, mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 63,27%. Sementara target RPJMN yang ingin dicapai tahun 2019 sebesar 66%. Hasil SDKI tahun 2017 juga menunjukkan angka yang lebih tinggi pada KB aktif yaitu sebesar 63,6% (Indonesia, 2020). Pada tahun 2018, jumlah penduduk sudah mencapai 265 juta jiwa dan diproyeksikan mencapai 284 juta jiwa pada tahun 2025 (Kementerian PPN/Bappenas et al., 2018). Jumlah ini menempatkan Indonesia berada pada peringkat keempat penduduk terbesar dunia, setelah Tiongkok, India, dan Amerika Serikat. Dengan jumlah penduduk yang tinggi, Indonesia menghadapi tantangan besar di hampir semua indikator pembangunan, terutama tentang kesehatan ibu dan anak. Kegagalan untuk secara efektif mengelola tingkat kesuburan dan pertumbuhan penduduk yang cepat memiliki efek buruk pada indikator pembangunan seperti pendidikan, kemiskinan, dan harapan hidup, terutama untuk kesehatan ibu dan anak.

Otonomi perempuan dalam perilaku mencari layanan kesehatan terkait dengan pemberdayaan perempuan dan membantu mencapai hasil kesehatan yang diinginkan

(Hameed et al., 2014). Selain itu, kesehatan perempuan dan akses ke sumber daya reproduksi, seperti kontrasepsi, adalah cerminan dari tempat perempuan dalam masyarakat dan kemampuan mereka untuk mengakses layanan sosial dan kesehatan, sementara juga mencerminkan disparitas dalam pembangunan ekonomi (Eliason, Baiden, Yankey, & Awusabo-Asare, 2014; Fawole & Adeoye, 2015; Nadeem et al., 2021). Posisi perempuan dalam masyarakat biasanya diukur dengan indikator status dan pemberdayaan perempuan (Charmes & Wieringa, 2003; Malhotra, Schuler, & Boender, 2002). Kesehatan perempuan dan anak-anak mereka di banyak masyarakat dipengaruhi secara negatif oleh status sosial perempuan yang lebih rendah di dalam rumah tangga. Hal ini terutama karena peran perempuan yang ditentukan secara budaya dan sosial yang meliputi setiap aspek kehidupan mereka (Ali, Fani, Afzal, & Yasin, 2010). Semakin banyak bukti yang menunjukkan bagaimana tingkat kekuatan yang tidak setara antara pria dan wanita dalam mencegah wanita membuat keputusan mengenai kesehatan seksual dan reproduksi mereka (Senarath & Nalika Sepali Gunawardena, 2009). Pemberdayaan wanita adalah salah satu karakteristik yang dapat mempengaruhi pengalaman wanita hamil, melahirkan, dan perawatan pasca persalinan.

Di Indonesia, kerangka patriarki masyarakat bekerja di semua tingkatan untuk menempatkan perempuan dalam posisi yang lebih rentan daripada laki-laki. Langgengnya budaya patriarki membuat perempuan menjadi objek yang lemah sehingga perempuan tidak mempunyai banyak kesempatan untuk membuat keputusan dalam kehidupannya (Sakina & Siti, 2017). Salah satunya budaya patriarki merupakan faktor dominan yang berpengaruh pada keputusan perempuan dalam penggunaan kontrasepsi (Herawati & Purnomo, 2015).

Krisis kemanusiaan, situasi konflik dan pengungsian dapat memperburuk kerentanan yang sudah ada sebelumnya sehingga mengurangi akses dan hak kesehatan perempuan (Pugh, 2019). Kondisi tersebut membuat perempuan dan anak-anak seringkali menjadi pihak pertama yang menderita akibat infrastruktur dan sistem yang rusak, tidak terkecuali pada situasi pandemi Covid-19. Pandemi saat ini telah menyebabkan restrukturisasi layanan kesehatan dalam memenuhi tuntutan terinfeksi masyarakat terhadap virus Covid-19 sehingga dapat mengganggu layanan kesehatan reproduksi ibu dan anak (Peyravi, Soltani, & Ahmadi Marzaleh, 2020; World Health Organization, 2020). Langkah-langkah yang diambil Pemerintah untuk membatasi penyebaran virus berimplikasi pada hak asasi manusia, terutama bagi banyak perempuan terhadap akses kesehatan seksual dan reproduksi dan mempengaruhi keputusannya dalam menggunakan kontrasepsi.

Penelitian ini tidak menganalisis dampak pandemi Covid-19 terhadap hak akses layanan dan hak atas kesehatan reproduksi perempuan. Namun, hasil dari penelitian ini dapat menjadi bukti awal secara kuantitatif bagaimana kekuatan otonomi perempuan yang sudah menikah terhadap keputusannya dalam menggunakan kontrasepsi dan memprediksi perilaku penggunaan kontrasepsi di masa yang akan datang terutama dalam situasi pandemi.

METODE

Penelitian ini mengkaji dampak otonomi keputusan perempuan berstatus kawin dalam penggunaan kontrasepsi di Indonesia. Kami menggunakan data *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) gelombang ke-5 tahun 2014 yang dipublikasi *RAND Corporation* dan dapat diakses oleh publik melalui situs www.rand.org. Model *ordered logistic* digunakan untuk memanfaatkan sifat ordinal dari data penggunaan kontrasepsi berdasarkan metode penundaan kehamilan atau menghentikan kesuburan yang digunakan perempuan dengan status kawin sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan kesederhanaan dan kekuatan model (Agresti, 2002, 2019). Model tersebut mengikuti model (Nadeem et al., 2021) yang dikembangkan berdasarkan data yang tersedia dan diolah dari IFLS Tahun 2014.

Variabel hasil untuk penelitian ini adalah “penggunaan kontrasepsi” pada perempuan berstatus kawin usia 15–49 tahun, diukur dengan respon pelaporan diri responden yang dikelompokkan menjadi 0 jika tidak menggunakan alat kontrasepsi, 1 jika menggunakan alat kontrasepsi modern namun bukan dengan metode kontrasepsi jangka panjang (non-MKJP), dan 2 jika menggunakan alat kontrasepsi modern dengan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP), dengan total sampel 9.153 responden perempuan dengan status kawin. Variabel bebas terdiri dari otonomi pengambilan keputusan perempuan mengenai pengeluaran makanan yang dimakan di rumah, pengeluaran rumah tangga sehari-harinya, jumlah waktu responden yang dihabiskan di luar rumah bersosialisasi bersama teman/tetangga dan penggunaan alat kontrasepsi.

Pada model pertama, peran perempuan dalam pengambilan keputusan tentang pengeluaran makanan yang dimakan di rumah, pada model kedua pengambilan keputusan tentang pengeluaran rumah tangga sehari-harinya, pada model ketiga pengambilan keputusan tentang jumlah waktu responden yang dihabiskan di luar rumah bersosialisasi bersama teman/tetangga, pada model keempat pengambilan keputusan tentang penggunaan alat kontrasepsi dan terakhir adalah indeks yang telah dihasilkan dari keempat variabel tersebut. Nilai Cronbach alpha berdasarkan keempat item tersebut adalah 0,453. Cronbach Alpha

adalah ukuran yang digunakan untuk menilai keandalan, atau konsistensi internal, dari satu set skala. Rentang dari 0 sampai 1, Jika semua item skala sepenuhnya independen satu sama lain maka itu akan menjadi 0; dan, jika semua item memiliki kovarians tinggi maka mendekati 1. Semakin tinggi koefisiennya, semakin banyak item yang memiliki kovarians yang sama dan mungkin mengukur konsep dasar yang sama (Nadeem et al., 2021). Variabel kontrol yang termasuk dalam model tersebut meliputi usia perempuan, status pekerjaan, status pendidikan, jumlah anak, wilayah tinggal, akses internet dan pengeluaran per kapita yang dibaga dalam kuintil. Variabel-variabel ini telah dipilih dari literatur yang ada tentang penggunaan kontrasepsi.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan sebaran sampel penelitian mengenai berbagai karakteristik sosial ekonomi. Distribusi usia responden pada kelompok pertama memiliki persentase yang rendah. Dengan bertambahnya umur ke kelompok umur yang lebih tinggi persentase responden meningkat, mencapai maksimum untuk kelompok umur 30–34 tahun, kemudian menurun seiring dengan bertambahnya umur responden ke kelompok umur yang lebih tinggi. Karakteristik kedua mewakili distribusi responden berdasarkan jumlah anak yang dimiliki baik yang tinggal bersama maupun tidak. Terlihat bahwa 53,29% responden yang belum memiliki anak, 39,94% responden memiliki 1-2 anak dan 6,76% responden memiliki lebih dari 2 anak.

Sebagian besar (sekitar 55,03%) perempuan menikah adalah bekerja. Sekitar 31,38% perempuan menikah memiliki tingkat pendidikan dasar ke bawah. Persentase perempuan menikah dengan tingkat pendidikan menengah sekitar 55,47% dari total responden. Hanya ada sekitar 13,15% perempuan menikah yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi. Selanjutnya distribusi responden berdasarkan wilayah tempat tinggal dimana 57,53% perempuan menikah tinggal di daerah perkotaan, namun hanya sekitar 24,15% perempuan menikah yang memiliki akses internet pada tahun tersebut. Distribusi perempuan menikah berdasarkan pendapatan per kapita memiliki persentase yang cukup merata di setiap kelompok status kekayaan di antara rentang 19%-20%.

Tingkat kemandirian perempuan menikah cukup tinggi dalam pengambilan keputusan pengeluaran makanan yang dimakan di rumah sekitar 83,26% dan sisanya diputuskan oleh anggota keluarga lain. Tingkat otonomi perempuan menikah juga terlihat lebih tinggi (sekitar 87,14%) dalam hal memutuskan pembelian rumah tangga yang digunakan sehari-hari seperti

alat-alat kebersihan dan lain-lain. Demikian pula halnya dengan pengambilan keputusan rumah tangga untuk mengunjungi teman atau tetangga. Data tersebut menggambarkan bahwa sekitar 87,72% perempuan menikah memutuskan kunjungan ke keluarga atau kerabat. Otonomi pengambilan keputusan perempuan menikah juga masih tinggi (sekitar 77,82%) dalam hal pengambilan keputusan dalam rumah tangga mengenai penggunaan alat kontrasepsi.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Sampel Penelitian

Variabel	N = 9153	
	Freq.	%
Variabel dependen		
Penggunaan alat kontrasepsi		
Tidak menggunakan	3782	41.32
Non-MKJP	4337	47.38
MKJP	1034	11.30
Variabel Independen		
Usia		
15-19	344	3.76
20-24	1249	13.65
25-29	1815	19.83
30-34	2074	22.66
35-39	1637	17.88
40-44	1182	12.91
45-49	852	9.31
Jumlah anak		
0	4878	53.29
1-2	3656	39.94
> 2	619	6.76
Status pekerjaan		
Tidak bekerja	4116	44.97
Bekerja	5037	55.03
Status pendidikan		
Pendidikan Dasar ke bawah	2872	31.38
Pendidikan Menengah	5077	55.47
Pendidikan Tinggi	1204	13.15
Wilayah tinggal		
Desa	3887	42.47
Kota	5266	57.53
Akses internet		
Tidak	6943	75.85
Ya	2210	24.15
Pendapatan per kapita		
Kuintil 0	1834	20.04

Variabel	N = 9153	
	Freq.	%
Kuintil 1	1824	19.93
Kuintil 2	1836	20.06
Kuintil 3	1847	20.18
Kuintil 4	1812	19.80
Pengambilan keputusan pengeluaran makanan yang dimakan di rumah		
Diputuskan anggota lain	1532	16.74
Sepenuhnya responden atau bersama anggota lain	7621	83.26
Pengambilan keputusan pengeluaran rumah tangga sehari-harinya		
Diputuskan anggota lain	1177	12.86
Sepenuhnya responden atau bersama anggota lain	7976	87.14
Pengambilan keputusan jumlah waktu responden yang dihabiskan di luar rumah bersosialisasi bersama teman/tetangga		
Diputuskan anggota lain	1124	12.28
Sepenuhnya responden atau bersama anggota lain	8029	87.72
Pengambilan keputusan penggunaan alat kontrasepsi		
Diputuskan anggota lain	2030	22.18
Sepenuhnya responden atau bersama anggota lain	7123	77.82

Sumber: IFLS 2014, diolah 2021

Persentase perempuan dalam setiap kategori indeks otonomi pengambilan keputusan sehubungan dengan setiap kelompok umur telah disajikan pada Tabel 2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa otonomi secara keseluruhan menurun dengan bertambahnya usia perempuan menikah, misalnya, pada kelompok usia 15-19 tahun, 4,36% tidak memiliki otonomi sama sekali sedangkan, hanya 0,70% perempuan dalam kelompok usia tersebut. 45-49 tidak memiliki otonomi sama sekali. Di sisi lain, hanya 32,85% perempuan menikah kelompok usia 15-19 tahun yang memiliki otonomi di keempat dimensi dan meningkat menjadi 64,63% untuk kelompok usia 35-39 tahun dan menurun menjadi 56,57% untuk kelompok usia 45-49. Hal ini mungkin disebabkan karena pada tahun-tahun awal pernikahan, sebagian besar pasangan hidup dengan orang yang lebih tua dalam sistem keluarga bersama dan sebagian besar keputusan diambil oleh orang yang lebih tua.

Tabel 2 Indeks Otonomi Pengambilan Keputusan Perempuan Menikah Berdasarkan Usia

Usia	Indeks otonomi pengambilan keputusan (%)				
	0	1	2	3	4
15-19	4.36	13.66	20.93	28.20	32.85

20-24	1.76	7.37	16.17	29.14	45.56
25-29	0.61	4.35	12.18	27.66	55.21
30-34	0.96	2.27	8.39	24.35	64.03
35-39	0.73	2.44	7.15	25.05	64.63
40-44	0.85	2.79	8.54	27.07	60.74
45-49	0.70	3.05	9.04	30.63	56.57

Sumber: IFLS 2014, diolah 2021

Hasil analisis regresi disajikan pada Tabel 3 dan Tabel 4. Kami memperkirakan lima model dengan menggunakan proksi yang berbeda dari otonomi pengambilan keputusan perempuan menikah. Pada model pertama, peran perempuan menikah dalam pengambilan keputusan tentang pengeluaran makanan yang dimakan di rumah, pada model kedua pengambilan keputusan tentang pengeluaran rumah tangga sehari-harinya, pada model ketiga pengambilan keputusan tentang jumlah waktu yang dihabiskan di luar rumah untuk bersosialisasi bersama teman/tetangga, pada model keempat pengambilan keputusan tentang penggunaan alat kontrasepsi, terakhir, indeks yang telah digunakan untuk menghasilkan variabel-variabel di atas. Keputusan pengeluaran makanan yang dimakan di rumah dan pengeluaran rumah tangga sehari-hari merupakan indikasi pengaruh perempuan terhadap kegiatan rutin rumah tangga, sedangkan jumlah waktu yang dihabiskan di luar rumah untuk bersosialisasi bersama teman/tetangga menunjukkan pengaruh terhadap kehidupan sosial perempuan sedangkan keputusan penggunaan alat kontrasepsi merupakan indikasi pengambilan keputusan dengan pasangan.

Tabel 3 Hasil Regresi *Oredered Logistic* Otonomi Pengambilan Keputusan Perempuan Menikah terhadap Penggunaan Kontrasepsi

Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Otonomi pengambilan keputusan tentang pengeluaran makanan yang dimakan di rumah					
Diputuskan anggota lain (ref.)					
Responden sendiri atau bersama anggota lain	1.135**				
	(0.0535)				
Otonomi pengambilan keputusan pengeluaran rumah tangga sehari-harinya					
Diputuskan anggota lain (ref.)					
Responden sendiri atau bersama anggota lain		1.243***			
		(0.0589)			
Otonomi pengambilan keputusan jumlah waktu responden yang dihabiskan di luar rumah bersosialisasi bersama teman/tetangga					

Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Diputuskan anggota lain (ref.)					
Responden sendiri atau bersama anggota lain			1.154** (0.0590)		
Otonomi pengambilan keputusan penggunaan alat kontrasepsi					
Diputuskan anggota lain (ref.)					
Responden sendiri atau bersama anggota lain				4.357*** (0.0581)	
Indeks otonomi pengambilan keputusan					
Tidak ada otonomi (ref.)					
Otonomi pada satu dimensi					1.037 (0.234)
Otonomi pada dua dimensi					1.416 (0.219)
Otonomi pada tiga dimensi					1.334 (0.214)
Otonomi pada empat dimensi					2.785*** (0.212)
Usia					
15-19 (ref.)					
20-24	1.440*** (0.107)	1.430*** (0.107)	1.451*** (0.108)	1.291** (0.112)	1.337*** (0.107)
25-29	1.452*** (0.105)	1.438*** (0.105)	1.472*** (0.105)	1.236* (0.110)	1.257** (0.105)
30-34	1.858*** (0.106)	1.832*** (0.106)	1.891*** (0.106)	1.504*** (0.111)	1.512*** (0.107)
35-39	1.941*** (0.110)	1.917*** (0.111)	1.980*** (0.111)	1.582*** (0.115)	1.570*** (0.111)
40-44	1.653*** (0.120)	1.631*** (0.120)	1.686*** (0.120)	1.462*** (0.123)	1.374*** (0.120)
45-49	0.763** (0.128)	0.754** (0.129)	0.776** (0.129)	0.670*** (0.134)	0.638*** (0.129)
Jumlah anak					
0 (ref.)					
1-2	1.426*** (0.0466)	1.428*** (0.0466)	1.422*** (0.0466)	1.251*** (0.0480)	1.388*** (0.0469)
> 2	2.032*** (0.0923)	2.025*** (0.0923)	2.038*** (0.0923)	1.953*** (0.0918)	2.042*** (0.0922)
Status pekerjaan					
Tidak bekerja (ref.)					
Bekerja	0.894*** (0.0412)	0.892*** (0.0412)	0.896*** (0.0412)	0.904** (0.0420)	0.889*** (0.0414)
Status pendidikan					
Pendidikan dasar ke bawah (ref.)					
Pendidikan menengah	0.974 (0.0454)	0.977 (0.0454)	0.977 (0.0454)	0.967 (0.0468)	0.945 (0.0459)
Pendidikan tinggi	0.743*** (0.0821)	0.749*** (0.0821)	0.744*** (0.0822)	0.805*** (0.0840)	0.760*** (0.0823)
Wilayah tinggal					

Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Desa (ref.)					
Kota	0.895*** (0.0412)	0.898*** (0.0412)	0.896*** (0.0412)	0.925* (0.0421)	0.903** (0.0415)
Akses internet					
Tidak (ref.)					
Ya	0.813*** (0.0543)	0.811*** (0.0543)	0.817*** (0.0542)	0.836*** (0.0551)	0.810*** (0.0546)
Pendapatan per kapita					
Kuintil 0 (ref.)					
Kuintil 1	1.180*** (0.0585)	1.183*** (0.0585)	1.180*** (0.0585)	1.092 (0.0596)	1.141** (0.0588)
Kuintil 2	1.303*** (0.0632)	1.313*** (0.0631)	1.305*** (0.0631)	1.184*** (0.0645)	1.269*** (0.0635)
Kuintil 3	1.356*** (0.0645)	1.365*** (0.0644)	1.356*** (0.0644)	1.201*** (0.0649)	1.317*** (0.0642)
Kuintil 4	1.531*** (0.0725)	1.544*** (0.0724)	1.529*** (0.0723)	1.356*** (0.0734)	1.465*** (0.0722)
/ cut 1	0.448*** (0.116)	0.367*** (0.113)	0.406*** (0.118)	1.152*** (0.119)	0.746*** (0.230)
/ cut 1	2.925*** (0.120)	2.843*** (0.116)	2.882*** (0.121)	3.744*** (0.124)	3.282*** (0.233)
Observation	9,153	9,153	9,153	9,153	9,153

Keterangan: Di dalam kurung adalah *robust standard error*

*** signifikan pada 1% ** signifikan pada 5% * signifikan pada 10%

Sumber: IFLS 2014, diolah 2021

Tabel 4 *Marginal Effect* Otonomi Pengambilan Keputusan Perempuan Menikah terhadap Penggunaan Kontrasepsi

Variables	Penggunaan Alat Kontrasepsi		
	Tidak menggunakan	non MKJP	MKJP
Otonomi pengambilan keputusan tentang pengeluaran makanan yang dimakan di rumah			
Diputuskan anggota lain (ref.)			
Responden sendiri atau bersama anggota lain	-0.029** (0,0125)	0.017** (0.007)	0.012** (0.005)
Otonomi pengambilan keputusan pengeluaran rumah tangga sehari-harinya			
Diputuskan anggota lain (ref.)			
Responden sendiri atau bersama anggota lain	-0.051*** (0.014)	0.029*** (0,008)	0.021*** (0.006)
Otonomi pengambilan keputusan jumlah waktu responden yang dihabiskan di luar rumah bersosialisasi bersama teman/tetangga			
Diputuskan anggota lain (ref.)			
Responden sendiri atau bersama anggota lain	-0.033** (0.014)	0.019** (0.008)	0.014** (0,006)

Variables	Penggunaan Alat Kontrasepsi		
	Tidak menggunakan	non MKJP	MKJP
Otonomi pengambilan keputusan penggunaan alat kontrasepsi			
Diputuskan anggota lain (ref.)			
Responden sendiri atau bersama anggota lain	-0.317*** (0.011)	0.175*** (0.007)	0.142*** (0.006)
Indeks otonomi pengambilan keputusan			
Tidak ada otonomi (ref.)			
Otonomi pada satu dimensi	-0.009 (0.055)	0.007 (0.043)	0.002 (0.012)
Otonomi pada dua dimensi	-0.084 (0.052)	0.062 (0.40)	0.021* (0.012)
Otonomi pada tiga dimensi	-0.070 (0.051)	0.052 (0.039)	0.017 (0.011)
Otonomi pada empat dimensi	-0.242*** (0.050)	0.157*** (0.039)	0.085*** (0.012)

Keterangan: hasil estimasi terkontrol dengan variabel usia, jumlah anak, status pendidikan, status pekerjaan, wilayah tinggal, akses internet, dan pendapatan per kapita. Di dalam kurung adalah *robust standard error*. *** signifikan pada 1% ** signifikan pada 5% * signifikan pada 10%

Sumber: IFLS 2014, diolah 2021

Model pertama merupakan hasil dari otonomi pengambilan keputusan perempuan menikah tentang pengeluaran makanan yang dimakan di rumah dan penggunaan kontrasepsinya. Ketika dia memutuskan atau dia memutuskan melalui konsultasi dengan suaminya atau anggota keluarga lain adalah 1,14 yang berarti dia 1,14 kali lebih mungkin untuk menggunakan kontrasepsi ketika dia memutuskan sendiri atau dia memutuskan melalui konsultasi dengan suaminya atau anggota keluarga lain tentang pengeluaran makanan yang dimakan di rumah. Pada model ini peluang untuk menggunakan alat kontrasepsi non-MKJP sebesar 1,7% dan MKJP sebesar 1,2%. Jadi, jika perempuan memiliki otonomi pengambilan keputusan tentang pengeluaran makanan yang dimakan di rumah, kemungkinan besar dia akan menggunakan alat kontrasepsi.

Dalam model kedua, pengambilan keputusan tentang pengeluaran rumah tangga sehari-harinya dengan nilai yang lebih besar di luar pengeluaran untuk makanan. Jika dia sendiri yang memutuskan atau musyawarah dengan suami atau dengan anggota keluarga lainnya memutuskan tentang pengeluaran rumah tangga yang lebih besar maka dia mandiri dan jika orang lain memutuskannya, maka dia dianggap tidak mandiri. Waktu dan berapa kali hamil adalah keputusan rumah tangga yang besar. Jika dia memiliki otonomi untuk pembelian rumah tangga yang besar, dimungkinkan bahwa dia memiliki otonomi untuk memutuskan

kapan harus hamil dan berapa banyak anak yang ingin dia miliki. *Odds ratio* yang terkait dengan variabel ini adalah 1,24. Hal ini menunjukkan bahwa jika seorang wanita memiliki otonomi, dia 1,24 kali lebih mungkin untuk menggunakan alat kontrasepsi. Pada model kedua ini peluang menggunakan alat kontrasepsi non-MKJP sebesar 2,9% dan MKJP 2,1%. Model ini konsisten dengan hasil model sebelumnya.

Dalam model ketiga adalah penggunaan otonomi pengambilan keputusan perempuan menikah mengenai jumlah waktu yang dihabiskan di luar rumah untuk bersosialisasi bersama teman/tetangga. *Odds ratio* yang terkait dengan variabel ini adalah 1,15 yang menunjukkan bahwa jika seorang perempuan menikah memiliki otonomi, dia 1,15 kali lebih mungkin untuk menggunakan alat kontrasepsi dengan peluang menggunakan alat kontrasepsi non-MKJP sebesar 1,9% dan MKJP sebesar 1,4%. Hal ini sesuai dengan hasil model sebelumnya. Dalam model keempat, otonomi pengambilan keputusan tentang penggunaan alat kontrasepsi. *Odds ratio* yang terkait dengan variabel ini adalah 4,36. Hal ini menunjukkan bahwa jika seorang perempuan menikah memiliki otonomi, dia 4,36 kali lebih mungkin untuk menggunakan alat kontrasepsi. Pada model keempat, peluang menggunakan alat kontrasepsi non-MKJP sebesar 17,5% dan MKJP sebesar 14,2%. Hal ini sesuai dengan hasil model sebelumnya.

Pada model terakhir otonomi perempuan diukur dengan indeks otonomi perempuan yang dibangun dari empat variabel yang telah digunakan sebelumnya. Indeks ini berkisar dari 0 sampai 4, 0 menunjukkan tidak ada otonomi di keempat dimensi, 1 menunjukkan otonomi hanya di satu dimensi, 2 menunjukkan otonomi di dua dimensi, 3 menunjukkan otonomi di tiga dimensi dan 4 menunjukkan otonomi di empat dimensi. Hasilnya menunjukkan bahwa ketika tingkat otonomi meningkat dari 1 ke 4, *odds ratio* yang terkait dengannya cenderung meningkat yang dalam penelitian ini ada sedikit penurunan pada nilai indeks 3 namun meningkat pada nilai indeks 4. Nilai indeks 1 sampai dengan 3 secara statistik tidak signifikan. *Odds ratio* yang dikaitkan dengan nilai indeks 4 adalah 2,79 yang artinya jika seorang perempuan menikah memiliki otonomi dalam keempat dimensi yang diberikan, dia 2,79 kali lebih mungkin untuk menggunakan kontrasepsi dibandingkan dengan wanita yang tidak mandiri dalam dimensi apapun. Pada model terakhir ini, peluang menggunakan alat kontrasepsi non-MKJP sebesar 17,7% dan MKJP sebesar 8,5%.

PEMBAHASAN

Otonomi pengambilan keputusan telah ditemukan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Keputusan akhir perempuan dalam pengambilan

keputusan mengenai urusan rumah tangga sehari-hari mengarah pada otonomi pengambilan keputusan perempuan untuk pengeluaran makanan yang dimakan di rumah, pengeluaran untuk kebutuhan rumah tangga sehari-hari, waktu yang dihabiskan di luar rumah untuk bersosialisasi bersama teman/tetangga, bahkan penggunaan alat kontrasepsi. Masih banyak perempuan dengan masalah perawatan kesehatan mengalami ketidaksetaraan gender, terutama dalam hubungan intim mereka, yang mencegah mereka mencapai manfaat kesehatan seksual dan reproduksi yang optimal dan menggunakan kontrasepsi. Temuan penelitian ini sesuai dengan literatur yang ada (Fawole & Adeoye, 2015; Robinson et al., 2017).

Berdasarkan indeks otonomi pengambilan keputusan perempuan pada Tabel 2 tingkat kekuatan pengambilan keputusan perempuan tertinggi dalam penggunaan kontrasepsi adalah pada perempuan dalam usia 35-39 tahun atau sekitar 64,63%. Hasil ini lebih tinggi dari penelitian lain di Indonesia dimana penentu pengambilan keputusan dalam masalah keluarga cukup kuat di 53,09% dan diputuskan bersama suami sebesar 58,48% (Setiadi & Iswanto, 2015). Sedangkan yang dilakukan di Pakistan yaitu 33%, namun masih lebih rendah untuk usia di atas 39 tahun (Nadeem et al., 2021). Sedangkan di Ethiopia Selatan relatif bervariasi dengan rentang antara 52%-64% dengan kondisi tanpa melihat usia (Belay, Mengesha, Woldegebriel, & Gelaw, 2016; Dadi, Bogale, Minda, & Megersa, 2020). Hal ini mungkin disebabkan oleh perbedaan status sosial ekonomi dan demografi dari perempuan menikah, sifat daerah penelitian dan upaya pemerintah saat ini serta pemangku kepentingan lainnya untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan dalam pengambilan keputusan terkait dengan reproduksi kesehatan.

Peluang penggunaan MKJP terbesar ada pada model keempat namun masih lebih kecil peluangnya dibandingkan dengan penggunaan non-MKJP. Kondisi tersebut cukup konsisten di setiap model, hal ini mungkin terjadi karena media konfirmasi, informasi dan edukasi (KIE) belum menyampaikan informasi kontrasepsi jangka panjang secara lengkap, konseling yang belum optimal atau bahkan kurangnya pengetahuan masyarakat (Dehlendorf, Grumbach, Schimittiel, & Steinauer, 2017; Manurung, 2013). Konseling MKJP biasanya dilakukan pada periode kehamilan sehingga pasien dan keluarga dapat mempertimbangkan kebutuhan. Masih banyak masyarakat pengguna kontrasepsi hanya mendapatkan informasi dari orang terdekat. MKJP sering dianggap masyarakat sebagai alat kontrasepsi dengan efek samping yang berbahaya sehingga menjadi pemicu masyarakat untuk memilih alat kontrasepsi jangka pendek (Manurung, 2013; Picavet, Van der Leest, & Wijzen, 2011).

Seiring meningkatnya pengetahuan, partisipasi kerja dan pemberdayaan pada perempuan membuka peluang bagi perempuan untuk mempunyai otonomi dalam pengambilan keputusan. Hal ini berimplikasi pada meningkatnya Spenggunaan kontrasepsi pada perempuan (Setiadi & Iswanto, 2015; Yaya, Uthman, Ekholuenetale, & Bishwajit, 2018). Penelitian lain menyebutkan perempuan yang menggunakan kontrasepsi cenderung memiliki keberdayaan dalam rumah tangga terutama dalam pengambilan keputusan rumah tangga sehari-hari (Fathurrahman, 2016; Setiadi & Iswanto, 2015). Maka makin tingginya otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga sehari-hari dapat meningkatkan penggunaan kontrasepsi pada perempuan.s

Namun disisi lain sistem patriarki yang berkembang dapat menjadikan perempuan tidak mempunyai keleluasaan dalam pengambilan keputusan. Padahal alat kontrasepsi yang tersedia lebih banyak ditujukan pada perempuan daripada laki-laki sedangkan pemerintah telah memprogram pengguna kontrasepsi adalah perempuan, sehingga perempuan menjadi pengguna alat kontrasepsi terbanyak dan perempuan sendiri yang memutuskan metode kontrasepsi yang akan digunakan (Fitriani, 2016).

KESIMPULAN DAN SARAN

Program keluarga berencana yang dicanangkan oleh pemerintah sarannya adalah perempuan yang sudah menikah sehingga seharusnya perempuan mempunyai otonomi pengambilan keputusan dalam penggunaan kontrasepsi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa otonomi pengambilan keputusan perempuan berhubungan positif dengan penggunaan kontrasepsi. Usia perempuan, status pekerjaan, pendidikan terakhir, jumlah anak, wilayah tempat tinggal, akses internet dan pengeluaran per kapita juga signifikan berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi.

Oleh karena itu pemerintah perlu melakukan program untuk mendukung terbukanya peluang bagi perempuan yang sudah menikah untuk memiliki otonomi pengambilan keputusan terkait rumah tangga termasuk kontrasepsi. Intervensi dapat dilakukan kepada perempuan yang sudah menikah dan pasangannya. Perlu edukasi kepada suami agar memberikan kesempatan kepada pasangannya untuk mengambil keputusan terkait urusan rumah tangganya termasuk kontrasepsi. Perlu edukasi kepada perempuan yang sudah menikah untuk memiliki pengetahuan mengenai keluarga berencana serta kesehatan ibu dan anak. Selain itu perlu upaya untuk mendorong kemandirian perempuan yang sudah menikah agar mempunyai kepercayaan diri untuk memiliki posisi tawar terhadap pasangannya

sehingga mempunyai otonomi dalam mengambil keputusan-keputusan baik untuk dirinya maupun urusan rumah tangga seperti penggunaan kontrasepsi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agresti, A. (2002). *Categorical Data Analysis* (Second). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Agresti, A. (2019). *An Introduction to Categorical Data Analysis* (Third). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Ali, W., Fani, M. I., Afzal, S., & Yasin, G. (2010). Cultural Barriers in Women Empowerment: A Sociological Analysis of Multan, Pakistan. *European Journal of Social Sciences*, 18(1), 147–155.
- Belay, A. D., Mengesha, Z. B., Woldegebriel, M. K., & Gelaw, Y. A. (2016). Married women's decision making power on family planning use and associated factors in Mizan-Aman, South Ethiopia: A cross sectional study. *BMC Women's Health*, 16(12), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0290-x>
- Bongaarts, J., & Sinding, S. W. (2009). A response to critics of family planning programs. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(1), 39–44. <https://doi.org/10.1363/3503909>
- Charmes, J., & Wieringa, S. (2003). Measuring Women's Empowerment: An assessment of the Gender-related Development Index and the Gender Empowerment Measure. *Journal of Human Development*, 4(3), 419–435. <https://doi.org/10.1080/1464988032000125773>
- Dadi, D., Bogale, D., Minda, Z., & Megersa, S. (2020). Decision-Making Power of Married Women on Family Planning Use and Associated Factors in Dinsho Woreda, South East Ethiopia. *Open Access Journal of Contraception*, 11, 15–23. <https://doi.org/10.2147/oajc.s225331>
- Dehlendorf, C., Grumbach, K., Schimittiel, J. A., & Steinauer, J. (2017). Shared Decision Making in Contraceptive Counseling Christine. *Contraception*, 95(5), 452–455. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.010.Shared>
- Eliason, S., Baiden, F., Yankey, B. A., & Awusabo-Asare, K. (2014). Determinants of unintended pregnancies in rural Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(261), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-261>
- Endler, M., Al-Haidari, T., Benedetto, C., Chowdhury, S., Christilaw, J., El Kak, F., ... Gemzell-Danielsson, K. (2021). How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: Results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100, 571–578. <https://doi.org/10.1111/aogs.14043>
- Fathurrahman, L. (2016). Pengaruh keluarga berencana terhadap pemberdayaan perempuan di nusa tenggara barat. *Jurnal Valid*, 13(2), 142–164.
- Fawole, O. I., & Adeoye, I. A. (2015). Women's status within the household as a determinant of maternal health care use in Nigeria. *African Health Sciences*, 15(1), 217–225. <https://doi.org/10.4314/ahs.v15i1.28>
- Fitriani, A. (2016). Peran perempuan dalam penggunaan alat kontrasepsi. *Masyarakat*,

Kebudayaan Dan Politik, 29(3), 121–132. <https://doi.org/10.20473/mkp.v29i32016.121-132>

- Hameed, W., Azmat, S. K., Ali, M., Sheikh, M. I., Abbas, G., Temmerman, M., & Avan, B. I. (2014). Women's empowerment and contraceptive use: The role of independent versus couples' decision-making, from a lower middle income country perspective. *PLoS ONE*, 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104633>
- Herawati, K., & Purnomo, W. (2015). Hubungan Budaya Patriarki dan Pemahaman Informasi KB dengan Kepesertaan Kontrasepsi. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 4(2), 162–171.
- Indonesia. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Sekretariat Jenderal, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. https://doi.org/10.5005/jp/books/11257_5
- Kementerian PPN/Bappenas, Badan Pusat Statistik Indonesia, & United Nations Population Fund. (2018). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-20145: Hasil SUPAS 2015*. Jakarta: BPS RI.
- Malhotra, A., Schuler, S. R., & Boender, C. (2002). Women's empowerment as a variable in International Development. In *Background Paper Prepared for the World Bank Workshop on Poverty and Gender: New Perspectives*.
- Manurung, S. (2013). Model Pengambilan Keputusan Meningkatkan Akseptor Keluarga Berencana Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(11), 483–488. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i11.360>
- Nadeem, M., Malik, M. I., Anwar, M., & Khurram, S. (2021). Women Decision Making Autonomy as a Facilitating Factor for Contraceptive Use for Family Planning in Pakistan. *Social Indicators Research*, 156(1), 71–89. <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02633-7>
- Peyravi, M., Soltani, A., & Ahmadi Marzaleh, M. (2020). Women's Sexual Health in COVID-19 Pandemic: Challenges and Solutions. *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(6), 698–699. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20001107>
- Picavet, C., Van der Leest, L., & Wijsen, C. (2011). *Contraceptive Decision-Making: Background and Outcomes of Contraceptive Methods*. Rutgers WPF.
- Pugh, S. (2019). Politics, power, and sexual and reproductive health and rights: impacts and opportunities. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2). <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1662616>
- Robinson, J. L., Narasimhan, M., Amin, A., Morse, S., Beres, L. K., Yeh, P. T., & Kennedy, C. E. (2017). Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: A systematic review. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180699>
- Sakina, A. I., & Siti, D. H. (2017). Menyoroti Budaya Patriarki Di Indonesia. *Share : Social Work Journal*, 7(1), 71–80. <https://doi.org/10.24198/share.v7i1.13820>
- Senarath, U., & Nalika Sepali Gunawardena. (2009). Women's autonomy in decision making for health care in South Asia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 21(2), 137–143. <https://doi.org/10.1177/1010539509331590>

- Setiadi, S., & Iswanto, L. (2015). Pengambilan Keputusan Kontrasepsi Istri dalam Keluarga. *Populasi*, 23(1), 20–34.
- World Health Organization. (2020). COVID-19 significantly impacts health services for non-communicable diseases. [https:// www.who.int/news-room/detail 1/01-06-2020-covid -19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases](https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases).
- Yaya, S., Uthman, O. A., Ekholuenetale, M., & Bishwajit, G. (2018). Women empowerment as an enabling factor of contraceptive use in sub-Saharan Africa: A multilevel analysis of cross-sectional surveys of 32 countries. *Reproductive Health*, 15(214), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0658-5>