

Regresi Logistik Biner untuk Pemodelan Unmet Need pada Wanita Menikah di Kalimantan Timur (Analisis Data SDKI Tahun 2017)

Binary Logistic Regression for Unmet Need Modelling of Married Women in East Borneo (Data Analysis of SDKI 2017)

Anisa Nursafitri¹), Annisa Nurrachmawati²), Rahmi Susanti³)

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Mulawarman

Email:¹anisanursafitri6677@gmail.com,²annisa.nurrachmawati33@gmail.com,³rahmi.susanti@fkm.unmul.ac.id

ABSTRACT

The family planning program is had purpose to overcoming high fertility rates, regulating birth spacing, limiting the number of children and improving maternal and child health. One of the obstacles to the family planning program is unmet need, the determinants of the occurrence of this unmet need include the number of living children, age at first marriage, area of residence, PLKB visits, visits to health facilities and exposure to radio, TV, magazines.

This study aims to determine the general description, influence and make a predictive model of unmet need for married women in the reproductive age group in East Kalimantan based on demographic and socio-economic factors. This study uses data from the 2017 IDHS with a total sample of 680 women of childbearing age who are married in East Kalimantan. The research design was cross sectional and analyzed using the Binary Logistics Regression test.

The results showed that the number of living children (p-value(0.045)), area of residence (p-value(0.047)) and visits to health facilities (p-value(0.032)) had a significant effect on the incidence of unmet need in East Kalimantan. The prediction model obtained is $g(x) = -1.916 + 0.845 (\text{Number of living children } (2)) + 0.475 (\text{Resident area } (1)) - 0.486 (\text{Visiting Health Facilities } (1))$.

Suggestions that can be done are increasing health promotion in order to increase knowledge, change attitudes, behavior and change mindsets on the importance of preparing and building family planning by emphasizing targets on mothers who have 4 children, living in rural areas and not visiting health facilities.

Keywords: *Hypertension, Energy Drinks, Chronic Kidney Disease, Smoking Behavior*

ABSTRAK

Program keluarga berencana ditujukan untuk mengatasi tingginya angka fertilitas, mengatur jarak kelahiran, membatasi jumlah anak serta meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Salah satu kendala dalam program KB ini yaitu unmet need, determinan terjadinya unmet need ini diantaranya jumlah anak hidup, umur pernikahan pertama, wilayah tempat tinggal, kunjungan PLKB, kunjungan ke fasilitas kesehatan dan paparan media radio, tv, majalah.

Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran umum, pengaruh dan membuat model prediksi unmet need pada wanita menikah kelompok usia reproduktif di Kalimantan Timur berdasarkan faktor demografi dan sosial ekonomi. Penelitian ini menggunakan data Survei Dasar dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 dengan total sampel 680 wanita usia subur berstatus menikah di Kalimantan Timur. Desain penelitian cross sectional dengan metode analisis data menggunakan uji Regresi Logistik Biner.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah anak hidup (0,045), wilayah tempat tinggal (0,047) dan kunjungan ke fasilitas kesehatan (0,032) berpengaruh signifikan terhadap kejadian unmet need di Kalimantan Timur. Model prediksi yang diperoleh adalah $g(x) = -1,916 + 0,845 (\text{Jumlah anak hidup } (2)) + 0,475 (\text{Wilayah tempat tinggal } (1)) - 0,486 (\text{Berkunjung ke fasilitas kesehatan } (1))$.

Saran yang dapat dilakukan yaitu memberikan penyuluhan KIE guna meningkatkan pengetahuan, perubahan sikap, perilaku dan perubahan pola pikir akan pentingnya menyiapkan dan membangun keluarga berencana. Serta ditekankansasaran pada ibu yang memiliki anak ≥ 2 , tinggal dipedesaan dan tidak melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan.

Kata kunci: Unmet Need, Keluarga Berencana, Regresi Logistik Biner

1. PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara berkembang dengan jumlah populasi penduduk terbesar ke-4 di dunia setelah Cina, India, dan Amerika Serikat yaitu sebesar 258 juta jiwa penduduk dengan rata-rata laju pertumbuhan penduduk Indonesia per tahun 2010-2016 adalah sebesar 1,36 % (Badan Pusat Statistika, 2017). Selain itu tren angka fertilitas atau TFR menurut SDKI 2017 sebesar 2,4 anak per wanita, angka ini belum mencapai target yang ditetapkan RPJMN 2015-2019 yaitu 2,37-2,28 (Bappenas, 2017). Masalah kependudukan dan tingginya angka fertilitas diatasi pemerintah dengan membuat suatu program untuk menekan pertumbuhan penduduk yaitu program keluarga berencana, menjadi solusi untuk mengendalikan populasi yang berkembang pesat, tidak hanya membantu dalam mengatur jarak dan membatasi jumlah anak, tetapi juga meningkatkan kesehatan ibu dan anak, memberdayakan perempuan dan mendorong pembangunan ekonomi. Namun, sebagian besar wanita usia subur yang ingin berhenti atau mengatur jarak tidak dapat menggunakan metode Keluarga Berencana (KB). Para ahli demografi dan ahli kesehatan menyebut para wanita usia subur tersebut memiliki kebutuhan yang tidak terpenuhi akan layanan keluarga berencana (unmet need KB) (Kumar & Singh, 2013). Unmet need KB merupakan salah satu indikator program keluarga berencana nasional karena dapat digunakan untuk mengetahui sejauh mana program tersebut mampu memenuhi kebutuhan keluarga berencana di suatu negara (SOLANKE, 2016).

Proporsi unmet need KB di Indonesia mengalami penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya namun masih belum mencapai target yang ditetapkan oleh pemerintah. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), proporsi unmet need KB di Indonesia tidak mengalami perubahan sebesar 11% pada tahun 2012 sampai dengan 2017 (SDKI, 2017a), namun proporsi ini masih tinggi jika dibandingkan dengan Thailand dan Vietnam dan dibandingkan dengan target yang ditetapkan pemerintah sebesar 9,91% dalam rencana strategis BKKBN tahun 2015-2019 (BKKBN, 2015). Secara global hampir 222 juta perempuan tidak memenuhi kebutuhan KB dan 79% diantaranya merupakan perempuan yang menghadapi kehamilan tidak diinginkan (KTD) dengan alasan kebutuhan KB tidak terpenuhi. Adanya kehamilan tidak diinginkan memiliki risiko aborsi yang tidak aman, sekitar 20 juta aborsi tidak aman terjadi setiap tahun dan komplikasi dari aborsi tidak aman membuat 13% kematian ibu di negara berkembang (Phyu & Chamchan, 2019).

Kalimantan Timur merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki persentase tinggi kebutuhan yang tidak terpenuhi akan layanan keluarga berencana (unmet need KB). Unmet need KB Kalimantan Timur dalam Profil Kesehatan Indonesia 2016 sebesar 18,43% (9,18% untuk menjarangkan dan 9,24% untuk membatasi kelahiran) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Kejadian unmet need KB yang angkanya masih belum mencapai target dan mempengaruhi keberhasilan program KB ini perlu dilakukan analisis untuk mengetahui atau memprediksi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan kejadian tersebut.

Pahlawaniati dan Prasetyo (2015) dalam penelitiannya di Maluku untuk melihat karakteristik sosial demografi menggunakan analisis regresi logistik biner multivariabel menemukan bahwa kelompok umur, umur kawin pertama, jumlah anak yang masih hidup, pengalaman kematian anak dan wilayah tempat tinggal secara simultan berhubungan dengan status unmet need KB. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Indonesia menggunakan data sekunder SDKI 2017, dengan analisis multivariat regresi logistik metode backward menemukan bahwa faktor yang meningkatkan kemungkinan unmet need KB adalah usia ibu 35-44 tahun dan ≥ 45 tahun, anak terakhir yang berumur ≥ 10 tahun, jumlah anak hidup < 2 , jumlah anak ideal > 2 , suami yang tidak memiliki pekerjaan, pengetahuan kurang terhadap metode KB, hidup di wilayah perkotaan, dan berada pada wilayah dengan angka fertilitas atau TFR $> 2,4$ (Sumiati et al., 2019). Kemudian dari penelitian yang dilakukan sebelumnya, peneliti memiliki tujuan untuk dapat mengetahui faktor risiko apa yang paling berpengaruh, berapa besar pengaruhnya, dan bagaimana model regresi terbaik terhadap kejadian unmet need keluarga berencana pada wanita menikah kelompok usia reproduktif di Kalimantan Timur.

2. METODE PENELITIAN

2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian non reaktif dengan desain cross sectional.

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari SDKI (Survei Dasar Kesehatan Indonesia) tahun 2017 bagian kuesioner Wanita Usia Subur (WUS). SDKI adalah suatu survei berskala nasional dilaksanakan di 33 provinsi di Indonesia bersama Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. SDKI dirancang khusus untuk mendapatkan informasi kependudukan dan Kesehatan. Tercatat sebanyak 680 sampel terpilih dalam penelitian ini

2.2 Populasi dan Sampel

Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian terdiri dari 2 kategori yaitu met need (0) dan unmet need (1). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor demografi (jumlah anak hidup, umur kawin pertama). Faktor sosial ekonomi (wilayah tempat tinggal, dikunjungi PLKB, berkunjung ke fasilitas Kesehatan, paparan media informasi KB).

2.3 Desain Penelitian

Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian terdiri dari 2 kategori yaitu met need (0) dan unmet need (1). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor demografi (jumlah anak hidup, umur kawin pertama). Faktor sosial ekonomi (wilayah tempat tinggal, dikunjungi PLKB, berkunjung ke fasilitas Kesehatan, paparan media informasi KB).

2.4 Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperoleh melalui wawancara secara langsung kepada responden dengan menggunakan kuesioner.

2.5 Analisis Data

Regresi logistik biner digunakan dalam metode analisis dalam penelitian ini. Regresi logistik biner menggambarkan variabel respon bersifat biner atau dikotomis yang hanya mempunyai dua kemungkinan nilai yaitu (0 dan 1). Bilangan biner tersebut menggambarkan dua kategori data, seperti ya dan tidak atau sukses dan gagal (Hosmer & Lemeshow, 2000). Model dari regresi logistik biner dengan fungsi logit sebagai berikut:

$$\pi(x_i) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_k X_{ik}}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_k X_{ik}}}$$

Tahapan analisis regresi logistik biner adalah sebagai berikut:

Uji G (Uji Simultan)

Pengujian serentak dilakukan untuk memeriksa signifikansi koefisien β secara keseluruhan (Hosmer & Lemeshow, 2000), dengan hipotesis sebagai berikut:

$$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_p = 0$$

$$H_1 : \text{minimal ada satu } \beta_j \neq 0 ; j = 1, 2, 3, \dots, p$$

Statistik Uji :

$$G = -2 \ln \left[\frac{(\frac{n_1}{n})^{n_1} (\frac{n_0}{n})^{n_0}}{\prod_{i=1}^k (\pi_i^{y_i} (1-\pi_i)^{(1-y_i)})} \right]$$

Daerah penolakan : dengan taraf signifikan α , H_0 ditolak jika $G > \chi^2(p, \alpha)$

Uji Wald (Uji Parsial)

Pengujian secara parsial dilakukan untuk mengetahui signifikansi setiap parameter terhadap variabel respon. Pengujian signifikansi parameter menggunakan uji Wald (Hosmer & Lemeshow, 2000), dengan hipotesis sebagai berikut:

$$H_0 : \beta_j = 0$$

$$H_1 : \beta_j \neq 0 ; j = 1, 2, 3, \dots, p$$

Statistik Uji :

$$W = \frac{\hat{\beta}_j}{SE(\hat{\beta}_j)}$$

Daerah penolakan : dengan taraf signifikan α , tolak H_0 jika $W > Z_{\alpha/2}$.

Uji Kesesuaian Model

Pengujian ini dilakukan untuk menguji apakah model yang dihasilkan berdasarkan regresi logistik multivariat/serentak sudah layak. Pengujian ini menggunakan statistik uji Hosmer dan Lemeshow (Hosmer & Lemeshow, 2000) dengan hipotesis sebagai berikut :

H_0 : Model sesuai (tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara hasil pengamatan dengan kemungkinan hasil prediksi model)

H_1 : Model tidak sesuai (terdapat perbedaan yang signifikan antara hasil pengamatan dengan kemungkinan hasil prediksi model)

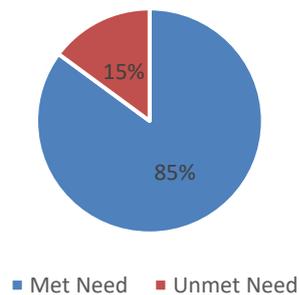
Statistik Uji :

$$C = \sum_{k=1}^g (k-1) \frac{g_{ok} - n_k \pi_k}{n_k \pi_k (1-\pi_k)}$$

Daerah penolakan : dengan taraf signifikan α , H_0 ditolak jika $C > \chi^2(g-2, \alpha)$

3. HASIL PENELITIAN

Responden pada penelitian ini sebagian besar memiliki jumlah anak hidup < 4 anak, dan rata-rata responden menikah pertama kali pada umur < 21 tahun. Sebagian besar responden bertempat tinggal di wilayah perkotaan, mayoritas responden mengaku tidak dikunjungi oleh petugas lapangan KB dan rata-rata responden menyatakan telah berkunjung ke fasilitas kesehatan, serta sebagian besar responden menyatakan bahwa terpapar media informasi KB berupa radio, tv dan majalah. Kemudian berikut distribusi responden *unmet need* KB.



Gambar 1.1 Distribusi *unmet need* KB di Kalimantan Timur

Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan *unmet need* KB

Tabel 1.1 Hasil Analisis Bivariat Hubungan antara Karakteristik Sosiodemografi dengan *unmet need* KB di Kalimantan Timur

Karakteristik Responden	<i>Unmet need</i> KB				<i>Pvalue</i>
	Tidak (<i>Met need</i>)		Ya (<i>Unmet need</i>)		
	n	%	n	%	
Jumlah anak hidup					
<4 anak	497	84,1	94	15,9	0,047*
≥4 anak	82	92,1	7	7,9	
Umur pernikahan pertama					
<18 tahun	164	82,8	34	17,2	0,535
18-21 tahun	230	86,5	34	17,2	
>21 tahun	185	85,6	31	14,4	
Wilayah tempat tinggal					
Perkotaan	349	83,1	71	16,9	0,05*
Pedesaan	230	88,5	30	11,5	
Kunjungan PLKB					
Tidak	569	85,4	97	14,6	0,145
Ya	10	71,4	4	28,6	
Berkunjung ke fasilitas Kesehatan					
Tidak	273	88,3	36	11,7	0,032*
Ya	306	82,5	65	17,5	
Paparan media informasi KB					
Tidak ada paparan	240	84,5	44	15,5	0,691
Paparan media radio, tv, majalah	339	85,6	57	14,4	

* : Bermakna pada $pvalue < \alpha (0,05)$

Tabel 1.1 menunjukkan variabel jumlah anak hidup, wilayah tempat tinggal dan kunjungan ke fasilitas kesehatan terbukti memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *unmet need* KB Wanita Usia Subur 15 – 49 tahun.

Analisis Multivariabel

1) Uji Simultan

Uji serentak berfungsi untuk mengetahui signifikansi parameter pada konstanta secara keseluruhan.

Tabel 1.2 Uji Signifikansi Parameter secara Simultan

Tahap	Chi-square	df	<i>P-value</i>
1	15,990	7	0,025

Berdasarkan Tabel 1.2 Menunjukkan hasil uji serentak. Statistik uji yang digunakan yaitu uji χ^2 . H_0 ditolak bila $p-value < \alpha$, untuk $\alpha=0,05$. Berdasarkan tabel berikut diperoleh nilai signifikansi model

sebesar 0,025 nilai ini lebih kecil dari α (0,05) maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel bebas yang digunakan secara bersama-sama berpengaruh terhadap kejadian *unmet need* KB.

2) Uji Parsial

Uji parsial bertujuan untuk mengetahui peran seluruh variabel prediktor di dalam model secara individu.

Tabel 1.3 Uji Signifikansi Parameter secara Parsial

Variabel	Wald	df	P-value
Jumlah anak hidup (1)	3,724	1	0,054
Wilayah tempat tinggal (1)	3,782	1	0,052
Berkunjung ke fasilitas kesehatan (1)	4,598	1	0,032
Konstanta	6,381	1	0,012

Berdasarkan Tabel 1.3 menunjukkan hasil uji parsial dengan nilai $\alpha = 0,05$ dan $df = 1$, pada tabel *chi-square* diperoleh nilai $\chi^2 = 3,841$. Hasil uji statistik Wald dari ketiga variabel menunjukkan variabel berkunjung ke fasilitas kesehatan memiliki nilai yang lebih besar dari nilai χ^2 tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak, ini berarti ketiga variabel berpengaruh secara signifikan, sedangkan variabel jumlah anak hidup dan wilayah tempat tinggal menunjukkan nilai yang lebih kecil dari nilai χ^2 tabel. Hasil juga menunjukkan dari 6 parameter yang ada, diketahui bahwa pada $\alpha = 0,05$, hanya 3 parameter yang signifikan yaitu jumlah anak hidup (≥ 4 anak), wilayah tempat tinggal (pedesaan) dan berkunjung ke fasilitas kesehatan.

3) Uji Kesesuaian Model

Uji kesesuaian model dilakukan untuk mengevaluasi sesuai tidaknya model dengan data dan memenuhi *Goodness of Fit* (GoF). Uji ini menggunakan uji *Hosmer and Lemeshow*.

Tabel 1.4 Uji Kesesuaian Model

Chi-square	df	P-value
5,335	8	0,721

Berdasarkan Tabel 1.4 dapat diketahui bahwa nilai χ^2 hitung 5,335 dengan nilai χ^2 tabel 15,50731 ($df=8, \alpha=0,05$) dan nilai signifikansi sebesar 0,721. Hasil tersebut menunjukkan bahwa H_0 diterima, artinya tidak ada perbedaan yang signifikan antara hasil pengamatan dengan kemungkinan hasil prediksi dengan kata lain model *fit* atau layak untuk digunakan, serta dengan tingkat keyakinan 95% dapat diyakini bahwa model regresi logistik yang digunakan telah cukup mampu menjelaskan data.

4) Interpretasi Odds Ratio

Tabel 1.5 Odds Ratio

Variabel	B	Exp(B)	Sig.
Jumlah anak hidup (1)	0,799	2,223	0,054
Wilayah tempat tinggal (1)	0,461	1,585	0,052
Berkunjung ke fasilitas kesehatan (1)	-0,485	0,616	0,032
Konstanta	-1,932	0,145	0,012

dari Berdasarkan Tabel 1.5 menunjukkan nilai *odds ratio* ketiga variabel, diketahui variabel jumlah anak hidup ≥ 4 , wilayah tempat tinggal di pedesaan, dan wanita yang berkunjung ke fasilitas kesehatan (faktor protektif) cenderung memiliki risiko mengalami *unmet need* KB.

5) Ketepatan Klasifikasi

Menunjukkan seberapa besar ketepatan model untuk data penelitian. Hasilnya, model yang digunakan memberikan 85,1% ketepatan untuk data dalam penelitian, artinya model sudah memiliki kekuatan prediksi yang baik.

6) Model Terbaik

Berdasarkan tabel 1.5 Maka diperoleh persamaan model logit yang terbentuk sebagai berikut :

$$g(x) = -1,932 + 0,799 (\text{Jumlah anak hidup (1)}) + 0,461 (\text{Wilayah tempat tinggal (1)}) - 0,485 (\text{Berkunjung ke fasilitas kesehatan (1)}) \quad (1.1)$$

4. PEMBAHASAN

1. Jumlah Anak Hidup

Seorang istri mungkin menggunakan alat kontrasepsi setelah memiliki jumlah anak tertentu dan juga umur anak yang masih hidup. Semakin sering seorang wanita melahirkan anak, maka akan semakin memiliki risiko

kematian dalam persalinan. Hal ini berarti jumlah anak akan sangat mempengaruhi kesehatan ibu dan dapat meningkatkan taraf hidup secara maksimal (Mantra dalam Rachmayani, 2015). Hasil penelitian menunjukkan wanita usia subur yang memiliki jumlah anak hidup ≥ 4 anak memiliki peluang mengalami *unmet need* KB sebesar 2,223 kali dibandingkan dengan wanita usia subur yang tidak memiliki anak.

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan di Nigeria menunjukkan hasil hubungan yang signifikan antara jumlah anak dengan *unmet need* pada wanita. Wanita yang memiliki anak kurang atau lebih dari 4 anak memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami *unmet need* dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki anak lahir hidup. Demikian pula dengan wanita yang tidak pernah mengalami riwayat kematian anak memiliki kemungkinan kecil dalam memiliki *unmet need* KB (SOLANKE, 2016). Melalui PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana) pemerintah harus melakukan peningkatan pengetahuan KB dengan cara memberikan penyuluhan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) bagi ibu yang belum mempunyai anak maupun yang sudah, dengan tujuan penyadaran sikap, perilaku serta pola pikir akan pentingnya menyiapkan dan membangun keluarga berencana. Karena anak sebagai generasi penerus bangsa disiapkan sedari dini mengenai pendidikan, sosial dan gizi yang terbaik yang akan diterimanya. Oleh karena itu pentingnya membangun keluarga berencana.

2. Wilayah Tempat Tinggal

Terdapat perbedaan yang signifikan antara daerah tempat tinggal kota dan desa adalah masalah pada perbedaan kualitas infrastruktur yang tersedia. Hasil analisis data menyatakan terdapat pengaruh antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian *unmet need* KB. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Nigeria tahun 2016 menunjukkan hasil bahwa tempat tinggal secara signifikan berkaitan dengan *unmet need* KB, dengan menyatakan perempuan di pedesaan 1,586 kali lebih cenderung memiliki *unmet need* KB dibandingkan dengan perempuan perkotaan (SOLANKE, 2016). Hasil yang sama juga terjadi pada penelitian yang dilakukan di Indonesia menggunakan data sekunder SDKI 2017, menyatakan bahwa wilayah tempat tinggal secara signifikan berpengaruh terhadap *unmet need* KB, serta diperoleh hasil bahwa wanita usia subur yang tinggal di daerah pedesaan 1,24 kali lebih mungkin mengalami *unmet need* KB dibandingkan dengan wanita usia subur yang tinggal di daerah perkotaan (Sumiati et al., 2019).

Pemerintah melalui BKKBN perlu menggerakkan dan melakukan pendampingan melalui *stake holder* dan juga penyuluh KB yang kompeten dari segi pengetahuan dan keterampilan agar mampu memberikan penyuluhan berupa komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) bagi masyarakat, terutama untuk menurunkan angka putus pakai (*drop out*) kontrasepsi. Hal ini dapat mengikutsertakan bidan-bidan setempat untuk dapat bekerjasama menciptakan program yang sesuai kebutuhan masyarakat, tentunya dengan menampung keluh kesah yang ada dan selanjutnya dikemas dalam bentuk program yang tepat sasaran.

3. Kunjungan ke Fasilitas Kesehatan

Masalah kesehatan pada umumnya bersumber dari ketidaktahuan dan kesalahpahaman atas berbagai informasi kesehatan yang diterima. Pada dasarnya fasilitas kesehatan merupakan wadah untuk saling bertukar informasi kesehatan, dalam komunikasi kesehatan terdapat upaya untuk menyampaikan pesan dan mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang berhubungan dengan upaya peningkatan dan pengelolaan kesehatan individu maupun masyarakat (Rahmadiana, 2012). Berdasarkan hasil tabulasi silang diketahui terdapat hubungan antara berkunjung ke fasilitas kesehatan dengan kejadian *unmet need* Keluarga Berencana. Sebagai faktor protektif wanita usia subur yang mengunjungi fasilitas kesehatan memiliki kemungkinan mengalami *unmet need* sebesar 0,616 kali dibandingkan dengan wanita usia subur yang tidak mengunjungi fasilitas kesehatan.

Beberapa penelitian yang membahas mengenai *unmet need* KB seperti penelitian Sumiati et al (2019) yang menunjukkan bahwa kunjungan ke fasilitas kesehatan secara signifikan terkait dengan *unmet need* KB. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian di Euthopia, yang menyatakan bahwa adanya kontak seorang wanita usia subur dengan petugas KB maupun fasilitas kesehatan penting dalam mengetahui tentang kontrasepsi dan penerapan program keluarga berencana. Pada hasil penelitiannya wanita yang mengunjungi fasilitas kesehatan dan mendiskusikan program keluarga berencana dua kali lebih mungkin untuk tidak mengalami kejadian *unmet need* KB dibandingkan dengan wanita yang tidak pernah mengunjungi fasilitas kesehatan (Korra, 2002).

Berkunjung ke fasilitas kesehatan merupakan salah satu cara dalam memenuhi kebutuhan pendidikan kesehatan. Mengunjungi fasilitas kesehatan adalah bentuk keterpaparan terhadap informasi keluarga berencana karena terdapat pesan seperti poster, pamflet serta adanya komunikasi kesehatan antar sesama wanita yang dapat berkunjung begitu juga dengan adanya petugas kesehatan. Pada fasilitas kesehatan informasi yang diberikan

akan lebih mudah ditunjukkan dengan adanya kunjungan wanita menikah usia subur yang juga ditemani oleh suami mereka, hal itu dapat meningkatkan pengetahuan dan kebutuhan akan keluarga berencana. Oleh karena itu adanya kunjungan ke fasilitas kesehatan memungkinkan berkurangnya kebutuhan keluarga berencana tidak terpenuhi terjadi (Adebowale & Palamuleni, 2014).

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan, sebagian besar responden memiliki jumlah anak hidup <4, dan rata-rata responden menikah pertama kali pada umur 18 – 21 tahun, sebagian besar responden bertempat tinggal di wilayah perkotaan. Mayoritas responden mengaku tidak dikunjungi oleh petugas lapangan KB dan rata-rata responden menyatakan telah berkunjung ke fasilitas kesehatan, serta sebagian besar responden menyatakan bahwa terpapar media informasi KB berupa radio, tv dan majalah. Determinan yang berpengaruh signifikan terhadap kejadian *unmet need* keluarga berencana adalah jumlah anak hidup, wilayah tempat tinggal dan kunjungan ke fasilitas kesehatan. Model prediksi *unmet need* keluarga berencana di Kalimantan Timur ialah sebagai berikut :

$g(x) = -1,932 + 0,799$ (jumlah anak hidup(1)) + $0,461$ (wilayah tempat tinggal (1)) – $0,485$ (berkunjung ke fasilitas kesehatan (1)).

5. UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan apresiasi yang amat mendalam pada fakultas Kesehatan masyarakat yang memberikan dukungan selama penelitian dilaksanakan dan BKKBN selaku penyedia data sekunder yang dianalisis dalam penelitian

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistika. (2017). Statistik Indonesia 2017. In *Statistical Yearbook Of Indonesia 2017* (p. 708). Bps-Statistics Indonesia. <https://www.bps.go.id.html>
- Bappenas. (2017). *Evaluasi Paruh Waktu RPJMN 2015-2019*. <https://www.bappenas.go.id>.
- BKKBN. (2015). *Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2015-2019*, Jakarta.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression, Second Edition*. New York: John Wiley & Sons.
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). *Pusdatin 2017*. In *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*. <https://www.kemkes.go.id>.
- Korra, A. (2002). *Attitudes Toward Family Planning and Reasons for Nonuse among Women with Unmet Need for Family Planning in Ethiopia*. In *Care Ethiopia* (pp. 1–24). <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FA40/ETFa40.pdf>
- Kumar, A., & Singh, A. (2013). *Trends and Determinants of Unmet Need for Family Planning in Bihar (India): Evidence from National Family Health Surveys*. *Advances in Applied Sociology*, 03(02), 157–163. <https://doi.org/10.4236/aasoci.2013.32021>
- Phyu, W. E. P. W. E., & Chamchan, C. (2019). *The roles of intra-household gendered dominance in unmet need for family planning across Myanmar*. *Makara Journal of Health Research*, 23(3), 157–162. <https://doi.org/10.7454/msk.v23i3.1159>
- SDKI. (2017a). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. In *Riset Kesehatan Dasar 2017* (pp. 1–446). <https://doi.org/10.7454/msk.v23i3.1159>
- SOLANKE, B. L. (2016). *Socio-Demographic Factors Associated With Unmet Need for Family Planning Among Women Who Experienced Pregnancy Termination in Nigeria*. *African Journal for the Psychological Study of Social Issues*, Vol 19, No(3), 14.
- Sumiati, L. N., Wirawan, D. N., & Ani, L. S. (2019). *Determinants of unmet needs for family planning in Indonesia : Secondary data analysis of the 2017 Indonesia Demographic and Health Survey*. 7(2), 85–94. <https://doi.org/10.15562/phpma.v7i2.207>