



Tersedia online di <https://akbid-dharmahusada-kediri.e-journal.id/IKDH/index>

## **INDEKS KESEJAHTERAAN BERDASARKAN SURVEI DEMOGRAFI KESEHATAN INDONESIA UNTUK WACANA SEGMENTASI PELAYANAN KELUARGA BERENCANA**

### *WEALTH INDEX BASED ON DEMOGRAPHIC HEALTH SURVEY FOR THE DISCOURSE OF FAMILY PLANNING SERVICE SEGMENTATION*

*Lely Khulafa'ur R.<sup>1</sup>, R.N. Asdary<sup>2</sup>, Widya Kusumawati<sup>3</sup>*

<sup>1,2,3</sup>Akademi Kebidanan Dharma Husada Kediri

E-mail : [lely\\_khulafaur@akbidharmahusadakdr.ac.id](mailto:lely_khulafaur@akbidharmahusadakdr.ac.id); [asdary@akbidharmahusadakdr.ac.id](mailto:asdary@akbidharmahusadakdr.ac.id);

[widyakoe@akbidharmahusadakdr.ac.id](mailto:widyakoe@akbidharmahusadakdr.ac.id)

---

#### **INFO ARTIKEL**

*Sejarah artikel:*

Menerima:

1 April 2022

Revisi:

4 April 2022

Diterima:

5 April 2022

Online :

10 April 2022

---

**Kata kunci:**

Indeks

Kesejahteraan,

Indeks Kemiskinan,

SDKI, KB, Layanan

Kontrasepsi

---

**Keywords:**

Wealth Index, poverty

index, DHIS, Family

Planning,

Contraception service

---

#### **ABSTRAK**

Pendekatan untuk segmentasi keluarga berencana umumnya berdasarkan analisis kesejahteraan dan kemiskinan, terutama ketika menentukan apakah konsumen mampu membayar sendiri pelayanan tersebut di fasilitas kesehatan non-pemerintah. Indeks kesejahteraan berdasarkan Survey Demografi Kesehatan (SDK) dan mengelompokkan responden ke dalam lima kelompok mulai dari termiskin hingga terkaya di suatu negara, paling banyak digunakan di banyak negara lain. Tujuan dari penelitian ini untuk menggambarkan indeks kesejahteraan berdasarkan SDKI untuk wacana segmentasi pelayanan Keluarga Berencana.

Penelitian ini menggunakan kumpulan data yang dikodekan ulang secara individual yakni data cross-sectional dari SDKI 2017, yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Data tersebut kemudian dianalisis secara deskriptif dengan sampel dalam SDKI sebanyak 49.627 orang. Kriteria inklusi dalam penelitian ini yakni wanita usia 15-49 tahun, yang telah menikah dan mengisi kuesioner lengkap sehingga didapatkan 35.621 sampel.

Sepertiga (34%) dari semua pengguna metode modern memperoleh metode mereka melalui lokasi institusi pemerintah, dengan 21% sisanya membayar untuk metode dan layanan tersebut. Di antara pengguna kontrasepsi, mayoritas wanita usia 35-49 tahun merupakan proporsi akseptor terbanyak (55.45%), dengan paritas rendah (1-2 anak sebanyak 66.56%), dan dengan tingkat pendidikan sekolah menengah pertama yang mendominasi akseptor KB (52.90%). Kelompok sangat miskin merupakan kelompok dengan cakupan KB terendah (16.73%).

---

#### **ABSTRACT**

*Approaches to family planning segmentation are generally based on welfare and poverty analyses, particularly when determining whether consumers can afford to pay for these services at non-government health facilities. The wealth index is based on the Health Demographic Survey (DHS) and groups respondents into five groups ranging from the poorest to the richest in a country, the most used in many other countries. The purpose of this study is to describe the wealth index based on the DHS for the discourse on segmenting family planning services.*

*This study uses a recoded data set, cross-sectional data from the 2017 Indonesian DHS, conducted by the Indonesian Statistic in collaboration with the National Population and Family Planning Agency. The data was then analyzed descriptively with 49,627 samples in the DHS. The inclusion*



*criteria in this study were women aged 15-49 years, who were married and filled out a complete questionnaire so that 35,621 samples were obtained.*

*A third (34%) of all modern method acceptors get their methods through a government institution location, with the remaining 21% paying for the methods and services. Among contraceptive users, the majority of women aged 35-49 years are the largest proportion of acceptors (55.45%), with low parity (1-2 children as many as 66.56%), and with junior high school education dominating family planning acceptors (52.90%). The very poor group is the group with the lowest family planning coverage (16.73%).*

## 1. PENDAHULUAN

Sampai batas tertentu, pendapatan dan kekayaan secara langsung menentukan kualitas kesehatan yang lebih baik karena orang yang lebih kaya mampu membeli sumber daya yang melindungi dan meningkatkan kesehatan mereka<sup>1</sup>. Tidak seperti masyarakat dengan penghasilan rendah, orang dengan orang berpenghasilan tinggi cenderung memiliki pekerjaan yang lebih stabil akan memberikan manfaat yang baik untuk pekerjaannya, seperti cuti berbayar, asuransi kesehatan, dan program kesehatan di tempat kerja; dan memiliki lebih sedikit resiko kecelakaan kerja. Orang yang lebih kaya memiliki lebih banyak pendapatan untuk dibelanjakan dan lebih mudah membayar perawatan medis serta gaya hidup sehat. Sudah banyak publikasi mengenai kesenjangan dalam akses ke perawatan kesehatan yang berkualitas, serta pencapaian hasil kesehatan berdasarkan status kekayaan dan wilayah tempat tinggal<sup>2,3,4</sup>.

Banyak pihak seperti organisasi donor, stakeholders, akademisi, politisi, dan pemerintah tertarik pada kesetaraan dalam pemanfaatan layanan kesehatan, serta ketidaksetaraan dalam hasil outcome kesehatan berdasarkan posisi sosial ekonomi. Lebih spesifik lagi, untuk mencapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs) 3 perawatan kesehatan reproduksi, bersalin, dan anak harus diprioritaskan. SDGs, yang menggantikan Milenium Development Goals (MDGs) pada akhir tahun 2015, bertujuan untuk mempromosikan akses universal ke layanan kesehatan seksual dan reproduksi (SRH), sehingga program untuk mempromosikan keluarga berencana menjadi salah satu tujuan utama untuk mencapai SDGs (3.7 dan 5.6)<sup>5</sup>.

Implementasi intervensi keluarga berencana menjadi konteks yang sensitif, sehingga negara-negara dengan infrastruktur sosial politik yang stabil mungkin lebih cocok dan cenderung lebih berhasil menerapkan perawatan dan mencapai tujuan, begitupun dengan *high income countries* dibandingkan dengan negara lain yang terkena dampak konflik, terutama yang tergolong *low-middle income countries* (LMICs). Daerah yang terkena dampak konflik seringkali memiliki sistem kesehatan yang tidak stabil yang hampir tidak dapat mendukung penyediaan SRH yang komprehensif.

Dalam meta-analisis data SDKI dari 57 LMICs, dilaporkan bahwa antara 15% dan 25% akseptor Keluarga Berencana (KB) di kuintil termiskin mendapatkan akses layanan di sektor swasta pada semua wilayah geografis (Sub-Sahara Afrika, Timur Tengah/Eropa, Asia, dan Amerika Latin), dan 45-50% pengguna kontrasepsi yang berada di kuintil terkaya-pun menggunakan fasilitas kesehatan sektor swasta<sup>6</sup>.

Pendekatan untuk segmentasi keluarga berencana umumnya berdasarkan analisis kesejahteraan dan kemiskinan, terutama ketika menentukan apakah konsumen mampu membayar sendiri pelayanan tersebut di fasilitas kesehatan non-pemerintah. Indeks kesejahteraan berdasarkan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) yang menggunakan metode relatif dengan menjumlahkan pertanyaan aset rumah tangga dan mengelompokkan responden ke dalam lima kelompok mulai dari termiskin hingga terkaya di suatu negara, paling banyak digunakan<sup>4</sup>. Meskipun terjadi peningkatan jumlah orang yang aktif menggunakan KB, namun belum mampu mempertahankan atau



meningkatkan prevalensi penggunaan kontrasepsi. Menurut data nasional, pada tahun 2014 penggunaan kontrasepsi menurun dari 61,75 persen menjadi 59,98 persen pada tahun 2015<sup>7</sup>. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan indeks kesejahteraan berdasarkan Survei Kesehatan Demografi untuk segmentasi pelayanan Keluarga Berencana

## 2. METODE PENELITIAN

### Data

Penelitian ini menggunakan kumpulan data yang dikodekan ulang secara individual yakni data cross-sectional dari SDKI 2017, yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Data tersebut kemudian dianalisis secara deskriptif untuk mendapat gambaran mengenai indeks kemiskinan untuk segmentasi pelayanan Keluarga Berencana.

### Sampel

Wanita yang terdapat dalam SDKI 2017 sebanyak 49.627 orang. Kriteria inklusi dalam penelitian ini yakni wanita usia 15-49 tahun, yang telah menikah dan mengisi kuesioner lengkap sehingga didapatkan 35.621 sampel. Teknik sampling yang digunakan yakni menggunakan dua tahap seleksi klaster bertingkat, yang meliputi 1.970 blok sensus dari lokasi perkotaan dan pedesaan

### Etik

SDKI memperoleh izin etik dari Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2017. Semua pengenal responden dihapus dari data, dan setiap peserta memberikan persetujuan tertulis. Penggunaan data tersebut dalam penelitian ini diizinkan oleh ICF International, yang merupakan bagian dari program DHS.

## 3. HASIL

Di antara pengguna kontrasepsi, mayoritas wanita usia 35-49 tahun merupakan proporsi akseptor terbanyak (55.45%), dengan paritas rendah (1-2 anak sebanyak 66.56%), dan dengan tingkat pendidikan sekolah menengah pertama yang mendominasi skseptor KB (52.90%).

**Table 1 Analisis Bivariat**

Variabel	Penggunaan Kontrasepsi			
	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
<b>Kelompok Usia Wanita</b>				
15–24 tahun	2,282	10.07%	1,720	13.27%
25–34 tahun	7,813	34.48%	4,305	33.20%
35–49 tahun	12,565	55.45%	6,940	53.52%
<b>Jumlah Anak</b>				
Nullipara	134	0.59%	2,591	19.98%
1–2	15,080	66.56%	7,344	56.64%
3–4	6,552	28.92%	2,470	19.05%
5+	889	3.92%	561	4.33%
<b>Pendidikan</b>				
Tidak Bersekolah	247	1.09%	523	4.03%
Sekolah Dasar	7,940	35.05%	4,122	31.79%
Sekolah Menengah pertama/setingkat	11,984	52.90%	6,341	48.90%
Sekolah Menengah Atas/setingkat	2,484	10.96%	1,980	15.27%
<b>Indeks Kesejahteraan</b>				
Sangat Miskin	3,790	16.73%	2,475	19.09%
Miskin	4,704	20.76%	2,401	18.52%
Menengah	4,855	21.43%	2,541	19.59%
Kaya	4,784	21.12%	2,787	21.50%
Sangat Kaya	4,522	19.96%	2,762	21.30%
<b>Area tempat tinggal</b>				
Rural	11,780	52.00%	6,655	51.33%
Urban	10,875	48.00%	6,311	48.67%
<b>Kepemilikan TV</b>				
Ya	22,028	97.23%	12,343	95.20%
Tidak	627	2.77%	623	4.80%
<b>Akses Internet</b>				
Ya	7,568	33.41%	5,145	39.68%
Tidak	15,087	66.59%	7,821	60.32%

Berdasarkan **Table 1** dapat dilihat bahwa di antara para akseptor KB yang mendominasi adalah para wanita dengan status kesejahteraan menengah (21.43%), tinggal di area rural (52%), memiliki televisi (97.23%) serta tidak memiliki akses internet (66.59%).

**Table 2 Distribusi frekuensi akseptor KB modern menurut sumber metode dan pembayaran**

Metode Kontrasepsi	Pemerintah		Swasta (non-Pemerintah)		Lainnya	
	Gratis	Berbayar	Gratis	Berbayar	Gratis	Berbayar
MOW	36.6	18.7	12.0	31.9	0.5	0.2
MOP	75.8	4.5	12.4	1.6	5.8	0.0
Pil	3	15.6	0	66.6	0.1	12.8
IUD	34.2	13.6	7	44.3	0.2	0.0
Suntik	4	26.6	1	67.5	0.0	0.2
Implan	49.2	25.5	6	18.0	0.4	0.1
Kondom	1	2.1	4	71.6	0.6	20.0
Total	12.7	21.4	3	58.9	0.2	3.7

Sepertiga (34%) dari semua pengguna metode modern memperoleh metode mereka melalui lokasi institusi pemerintah, dengan 21% sisanya membayar untuk metode dan layanan tersebut.



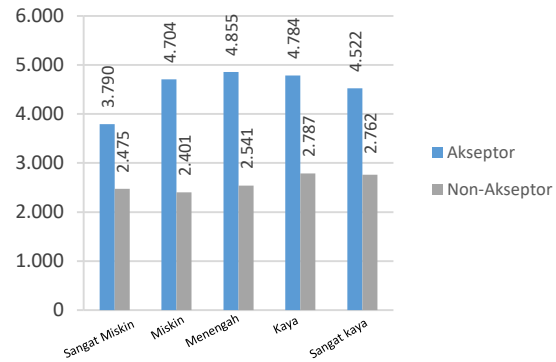
Kurang dari setengah (48%) wanita menikah memperoleh metode mereka dari sumber pribadi, dan 59 persen membayar sendiri untuk prosedur tersebut. Secara umum, 84% pengguna metode modern membayar untuk metode tersebut serta layanan yang mereka peroleh.

#### 4. DISKUSI

Penelitian ini menggambarkan indeks kesejahteraan berdasarkan SDKI untuk segmentasi pelayanan Keluarga Berencana. Indeks kesejahteraan (wealth index) adalah sifat rumah tangga yang memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan. Indeks kesejahteraan memungkinkan identifikasi masalah yang unik untuk orang miskin, seperti akses yang tidak setara ke perawatan kesehatan. Indeks kekayaan SDKI memungkinkan pemerintah untuk menilai apakah layanan kesehatan masyarakat, kampanye imunisasi, pendidikan, dan intervensi penting lainnya menjangkau masyarakat termiskin.<sup>8</sup>

Untuk mengukur kemiskinan, BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (basic needs approach). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Jadi Penduduk Miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan<sup>9</sup>.

Pemerintah melaksanakan program KKBPK (Kependudukan Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga) dengan keterlibatan aktif dan kerjasama masyarakat dan swasta. Kemandirian diukur dalam SDKI 2017 dengan proporsi akseptor yang membayar untuk teknik dan layanan kontrasepsi yang diperoleh. Akseptor saat ini ditanyai berapa banyak yang mereka bayarkan untuk metode ini dan apakah mereka menerima konsultasi.



**Gambar 1 Distribusi Akseptor KB berdasarkan Indeks Kesejahteraan**

Pada **Gambar 1** tampak bahwa kelompok sangat miskin merupakan kelompok dengan cakupan terendah. Ada bukti bahwa suami pasangan yang lebih miskin cenderung tidak menyetujui keluarga berencana. Kedua pertimbangan ini dapat berkontribusi pada penurunan cakupan KB di antara warga miskin<sup>10,11</sup>.

Beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan ketika menghitung indeks kesejahteraan termasuk pendapatan suatu negara dan seberapa presisi yang diperlukan untuk memprediksi cakupan layanan kontrasepsi tujuan. Sementara standar kesejahteraan Bank Dunia berharga untuk memberikan pandangan absolut dari data indeks kesejahteraan, perhitungannya menggabungkan sejumlah asumsi, dan perkiraan tersebut tidak memperhitungkan variasi regional utama dalam suatu negara.

Pendekatan yang diuraikan dalam studi ini memperkirakan posisi akseptor berada di atas atau di bawah garis kemiskinan tetapi tidak menghitung pendapatan riil individu atau rumah tangga. Jika diperlukan perkiraan yang akurat, terutama ketika berfokus pada wilayah subnasional, lebih baik mengumpulkan data pendapatan dan konsumsi di samping data kesehatan secara langsung daripada menggunakan tingkat kemiskinan Bank Dunia ke indeks kesejahteraan SDKI.

Saat memperkirakan ukuran pasar, harus memperhitungkan keterjangkauan keseluruhan barang dan jasa KB. Seperti yang ditunjukkan pada tabel dan gambar, ketika mempertimbangkan kemampuan akseptor untuk membayar KB sendiri, posisinya di kuintil



'terkaya' mungkin tidak cukup untuk memasukkannya ke dalam estimasi pasar. Dalam skenario ini, ambang batas absolut yg ditentukan mungkin merupakan metrik yang lebih baik untuk menentukan individu dengan kemampuan finansial untuk membayar KB. Namun kriteria tersebut tidak berarti bahwa seorang wanita 'kaya', karena biaya mungkin masih menjadi masalah bagi wanita yang hidup pada tingkat ini. Preferensi klien dan ukuran kesediaan untuk membayar juga harus dipertimbangkan.

## 5. SIMPULAN

Pentingnya memahami target cakupan KB perlu mempertimbangkan sejumlah elemen penting, seperti gabungan antara metode dan sistem pasokan, preferensi akseptor dan sektor target pasar. Situasi sosial ekonomi akseptor KB penting dalam mengelompokkan target pasar secara efektif berdasarkan kemampuan membayar KB atau menargetkan layanan bersubsidi atau gratis. Memahami situasi ekonomi tidak hanya berdasarkan indeks kemiskinan saja tapi juga memperhatikan indeks kesejahteraan. Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk mengetahui teknik segmentasi yang sesuai untuk wanita reproduksi di Indonesia.

## 6. REFERENSI

1. Woolf SH, Aron L, Duba L, Simon SM, Zimmerman E, Luk KX. *How Are Income and Wealth Linked to Health and Longevity?*; 2015.
2. Laksono AD, Rukmini R, Wulandari RD. Regional Disparities in Antenatal Care Utilization in Indonesia. *PLoS One*. 2016;15(2):1-13. doi:10.1371/journal.pone.0224006
3. Rosidah LK, Asdary RN. National Health Insurance Membership and Economic Status as Determinants of Accessibility of Antenatal Care Service. *J Matern Child Heal*. 2021;6(4):507-515.
4. Chakraborty NM, Sprockett A. Use of family planning and child health services in the private sector: an equity analysis of 12 DHS surveys. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):50. doi:10.1186/s12939-018-0763-7
5. Daher-Nashif S, Bawadi H. Women's health and well-being in the united nations sustainable development goals: A narrative review of achievements and gaps in the gulf states. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):1059.
6. Campbell OMR, Benova L, Macleod D, et al. Who, What, Where: an analysis of private sector family planning provision in 57 low- and middle-income countries. *Trop Med Int Health*. 2015;20(12):1639-1656. doi:10.1111/tmi.12597
7. Pusdatin. Situasi dan Analisis Keluarga Berencana. Published 2014. <https://www.kemkes.go.id/article/view/14010200009/situasi-dan-analisis-keluarga-berencana.html>
8. National Population and Family Planning Board, Statistical Indonesia, Ministry of Health, ICF. *Indonesia Demographic and Health Survey 2017*. BKKBN, BPS, Kemenkes, and ICF; 2018. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR342/FR342.pdf>
9. Badan Pusat Statistik Kabupaten Penajam Paser Utara. Kemiskinan. Published 2022. <https://ppukab.bps.go.id/subject/23/kemiskinan.html>
10. Hellwig F, Coll CVN, Blumenberg C, Ewerling F, Kabiru CW, Barros AJD. Assessing Wealth-Related Inequalities in Demand for Family Planning Satisfied in 43 African Countries. *Front Glob Women's Heal*. 2021;2. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fgwh.2021.674227>
11. Prata N, Bell S, Fraser A, Carvalho A, Neves I, Nieto-Andrade B. Partner Support for Family Planning and Modern Contraceptive Use in Luanda, Angola. *Afr J Reprod Health*. 2017;21(2):35-48. doi:10.29063/ajrh2017/v21i2.5