ISSN: 2305-3379 (online) 2527-3132 (print)
JURNAL KELUARGA BERENCANA
Vol. 10 No. 2 (2025)
POLICY BRIEF
Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN

PENGEMBANGAN INDEKS KETERPAPARAN TERHADAP PROGRAM KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI

Saiful Mahdi[1], Indra Murty Subakti[2], Fabiola TazrinaTazir[3], Diaz Prasetyo[4], Mimi Salwana[5], Yuniarini[6], Nindi Widyakirono[7]

Universitas Syiah Kuala, Aceh Indonesia[1], Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN, Jakarta Indonesia[2,3,6,7], Institute for Statistics and Socio-Ecological Development (ISSED), Jakarta Indonesia [4,5],
saiful.mahdi@usk.ac.id, indramsurbakti@gmail.com, fabiola@bkkbn.go.id, diaz.prasetyo@issed.id, mimisalwana410@uinsuna.ac.id, yuniarini@bkkbn.go.id, nindi.kirono@gmail,com

Ringkasan Eksekutif

Program Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR) merupakan dua usaha penting dalam pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas. Meskipun pemerintah telah menetapkan berbagai regulasi dan menjalankan berbagai program untuk memperluas akses serta edukasi, namun masih terdapat kesenjangan keterpaparan informasi, pemahaman, dan penerimaan masyarakat terhadap isu KBKR, khususnya di wilayah Indonesia Timur. Untuk menjawab tantangan tersebut, policy paper ini mengusulkan pengembangan Indeks Keterpaparan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (IK-KBKR) sebagai alat ukur komposit berbasis tiga dimensi utama, yaitu pengetahuan, informasi, dan sikap untuk memetakan sebaran keterpaparan masyarakat secara lebih rinci dan kontekstual. Indeks ini dirancang menggunakan data sekunder nasional seperti PK-24 (Pendataan Keluarga 2024), Susenas (Survei Sosial Ekonomi Sosial), dan SKAP (Survei Kinerja Akuntabilitas Program). Hasil simulasi IK-KBKR menunjukkan variasi signifikan antarwilayah, yang menegaskan pentingnya kebijakan berbasis data dalam merancang intervensi yang lebih tepat sasaran. Oleh karena itu, IK-KBKR diharapkan menjadi alat evaluasi rutin yang terintegrasi dalam sistem monitoring program, dengan rekomendasi agar butir-butir pertanyaan tentang jenis informasi, sumber informasi, dan sikap terhadap KBKR dimasukkan secara eksplisit ke dalam instrumen PK-25 untuk menjamin kontinuitas dan validitas pengukuran. Selanjutnya IK-KBKR dapat digunakan sebagai salah satu indikator kinerja Program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi di Indonesia.

Keywords: keluarga berencana; kesehatan reproduksi; indeks keterpaparan

Pendahuluan

Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR) merupakan dua aspek penting dalam pembangunan kependudukan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat. Menurut *World Health Organization (WHO)*, KB didefinisikan sebagai "proses yang membuat individu

ataupun pasangan untuk bisa merencanakan dan mewujudkan jumlah anak yang diinginkan, termasuk mengatur jarak dan waktu kelahirannya, dengan memanfaatkan metode kontrasepsi dan penanganan infertilitas" (WHO, n.d.-a). Sedangkan KR merupakan keadaan sehat secara menyeluruh baik fisik, mental, maupun sosial dalam seluruh hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya. KR juga mencakup kemampuan individu untuk menjalani kehidupan seksual yang aman dan memuaskan serta adanya kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan, dan seberapa sering ingin memiliki anak (WHO, n.d.-b). Keberhasilan program KB dan KR tidak hanya diukur dari peningkatan penggunaan alat kontrasepsi atau penurunan angka kelahiran, tetapi juga dari seberapa luas dan intens masyarakat terpapar informasi, memperoleh layanan, serta memiliki pemahaman dan sikap yang baik terhadap isu-isu terkait.

Secara regulatif, isu KB dan KR telah memiliki dasar hukum yang kuat di Indonesia. Dalam Undang-Undang No.17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, upaya kesehatan keluarga berencana ditujukan untuk mengatur kehamilan, membentuk generasi yang sehat, cerdas, dan berkualitas, serta menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Selanjutnya, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.28 tahun 2024 menjelaskan bahwa kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi, bukan semata-mata bebas dari penyakit atau kedisabilitasan. Lebih lanjut, Undang-Undang No.17 Tahun 2023 juga menegaskan bahwa upaya kesehatan reproduksi ditujukan untuk menjaga dan meningkatkan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Upaya kesehatan reproduksi tersebut meliputi masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan hingga pasca persalinan, serta menyangkut dengan pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi, kesehatan seksual, dan kesehatan sistem reproduksi. Dalam regulasi yang sama, ditegaskan pula bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi, edukasi, dan konseling tentang kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Menurut *National Institute of Environmental Health Sciences*, kesehatan reproduksi tidak terbatas pada penggunaan kontrasepsi saja, tetapi mencakup kondisi sistem reproduksi laki-laki dan perempuan di seluruh tahap kehidupan, mulai dari masa bayi, balita, remaja, usia subur, hingga lansia (National Institute of Environmental Health Sciences, n.d.). Namun, dalam konteks pengukuran keterpaparan program, pendekatan saat ini masih berfokus pada kelompok Pasangan Usia Subur (PUS) karena keterbatasan ketersediaan data lintas siklus hidup.

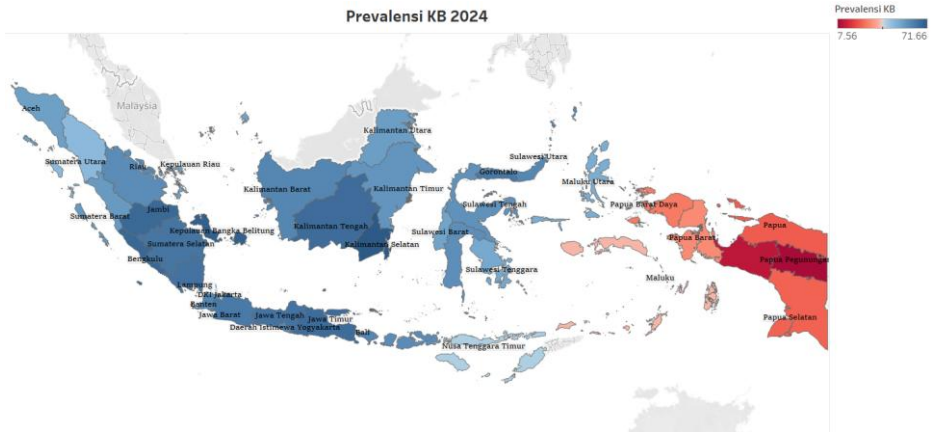
Komitmen terhadap pendekatan promotif dan preventif dalam layanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi juga tercermin dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi. Regulasi ini mengatur penyelenggaraan layanan kesehatan reproduksi secara komprehensif dan berbasis siklus hidup, dengan penekanan kuat pada edukasi, skrining dini, dan komunikasi publik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Intervensi promotif dilakukan melalui integrasi materi kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum pendidikan dan pemberdayaan lembaga masyarakat, sementara upaya preventif mencakup imunisasi HPV bagi remaja, pencegahan penyakit menular seksual, serta deteksi dini risiko kesehatan reproduksi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Kehadiran regulasi ini memperkuat urgensi pengukuran keterpaparan masyarakat terhadap informasi dan layanan KBKR sebagai bagian dari strategi nasional peningkatan kualitas kesehatan dan kesetaraan akses layanan.

Arah kebijakan nasional pun semakin menguatkan betapa pentingnya program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi sebagai bagian dari pembangunan sumber daya manusia yang berkelanjutan. Hal ini tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025-2029, terutama Prioritas Nasional 4 yang salah satu poinnya adalah 'Memperkuat Pembangunan Sumber Daya Manusia'. Dalam dokumen tersebut, disebutkan bahwa pembangunan manusia

harus dilakukan secara inklusif dan berbasis siklus hidup, mulai dari 1.000 hari pertama kehidupan hingga lansia, dengan menjamin keterjangkauan akses pelayanan dasar, termasuk keluarga berencana dan kesehatan reproduksi (Pemerintah Republik Indonesia, 2025). Komitmen nasional ini menunjukkan bahwa penyediaan informasi, edukasi, dan layanan KBKR yang berkualitas merupakan salah satu bagian utama dalam usaha menciptakan masyarakat yang sehat, produktif, dan bersaing.

Meskipun kerangka hukum telah jelas dan pemerintah telah menjalankan berbagai program untuk memperluas akses layanan KB dan KR, tantangan di tingkat implementasi masih cukup besar. Dalam eksplorasi awal terhadap data di tingkat nasional, terlihat bahwa capaian program KB belum sepenuhnya merata. Meskipun secara nasional prevalensi KB mengalami peningkatan dari 57,44 persen pada tahun 2021 menjadi 60,80 persen pada tahun 2024, namun tren tersebut tidak diikuti oleh semua wilayah secara setara dan merata, terlihat pada Gambar 1. Tercatat pada tahun 2024, ada sepuluh provinsi dengan prevalensi KB di bawah 50 persen, yaitu Papua Pegunungan (7,56%), Papua Tengah (11%), Papua (23,63%), Papua Selatan (24,56%), Papua Barat Daya (28,30%), Papua Barat (31,14%), Maluku (37,45%), Nusa Tenggara Timur (42,20%), DKI Jakarta (42,31%), dan Sumatra Utara (47,42%). Data ini menunjukkan adanya kesenjangan geografis yang cukup signifikan dalam pencapaian program KB, khususnya di kawasan Indonesia Timur dan wilayah perkotaan tertentu.

Gambar 1 Peta Prevalensi KB berdasarkan Jumlah PUS Menurut Kesertaan Ber-KB
Sumber: PK-24



Kesenjangan ini menunjukkan bahwa keberhasilan program tidak hanya bergantung pada ketersediaan layanan, tetapi juga pada keterpaparan masyarakat terhadap informasi yang memadai serta konteks sosial dan budaya setempat. Selain itu, dari sisi informasi yang diterima masyarakat, sebagian besar PUS yang menjadi peserta KB atau pernah ber-KB telah mendapatkan informasi dasar mengenai jenis-jenis alat kontrasepsi (93,40%). Namun, tingkat penerimaan informasi terkait efek samping (87,05%) dan tindakan yang harus dilakukan jika mengalami efek samping (86,09%) masih menunjukkan adanya ruang untuk perbaikan, terutama jika mempertimbangkan pengetahuan yang utuh untuk membangun sikap yang positif dan keberlanjutan partisipasi dalam program.

Keterbatasan informasi dan pemahaman ini juga dapat dikaitkan dengan masih tingginya angka *unmet need* dalam pelayanan KBKR yang mencerminkan belum optimalnya pemenuhan hak reproduksi, khususnya dalam mengakses layanan KB yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi PUS. Berdasarkan data PK-24, dari total 37.339.091 PUS di Indonesia, terdapat 3,2% yang mengalami *unmet need* untuk penjarangan kelahiran (*spacing*) dan 7,9% untuk penghentian kelahiran (*limiting*), sehingga total angka *unmet need* mencapai 11,1%. Lebih jauh, alasan ketidakikutsertaan PUS dalam program KB juga menunjukkan kompleksitas tantangan yang dihadapi. Pada tahun 2024, sebanyak 57,26%

dari PUS yang tidak ber-KB menyatakan bahwa keinginan untuk hamil atau memiliki anak merupakan alasan utama. Selain itu, 17,61% tidak ber-KB karena alasan kesehatan, dan 8,90% karena mengalami efek samping atau kegagalan alat kontrasepsi. Temuan ini mengindikasikan bahwa keputusan untuk tidak mengikuti program KB dipengaruhi oleh berbagai faktor personal dan persepsi risiko yang tidak selalu tercermin dalam indikator formal program.

Namun, untuk dapat memahami lebih dalam pola-pola tersebut, termasuk sejauh mana informasi mempengaruhi keputusan individu, diperlukan data yang mampu menangkap dinamika keterpaparan masyarakat terhadap program KB dan KR secara lebih rinci. Salah satu kendala utama yang dihadapi saat ini adalah terbatasnya ketersediaan data yang dapat menggambarkan secara menyeluruh tingkat keterpaparan masyarakat terhadap informasi dan layanan KB dan KR. Di banyak wilayah—terutama di daerah terpencil—belum terdapat pemetaan data yang memadai untuk mengidentifikasi kebutuhan dan menentukan strategi intervensi yang tepat sasaran. Selain itu, kualitas dan intensitas informasi yang diterima masyarakat pun sangat bervariasi, yang turut mempengaruhi tingkat pemahaman serta sikap mereka terhadap isu-isu KB dan KR.

Keterbatasan data ini diperparah dengan belum adanya alat ukur yang dirancang khusus untuk menggambarkan tingkat keterpaparan masyarakat terhadap program KB dan KR secara komprehensif. Tanpa instrumen yang terstandar, sulit untuk menilai sejauh mana jangkauan program telah berhasil menyasar kelompok sasaran, serta mana saja wilayah yang masih belum terjangkau secara optimal. Oleh karena itu, dibutuhkan sebuah alat ukur yang tidak hanya mampu menangkap aspek pengetahuan dan akses, tetapi juga persepsi dan penerimaan masyarakat terhadap program KBKR secara menyeluruh.

Dalam konteks tersebut, pengembangan Indeks Keterpaparan KBKR (IK-KBKR) menjadi sangat relevan dan penting untuk dilakukan. Indeks ini dapat berfungsi sebagai alat evaluasi efektivitas penyebaran informasi dan intervensi program KBKR, serta membantu mengidentifikasi wilayah atau kelompok yang belum terjangkau dengan optimal. Dengan adanya indeks ini, perumusan kebijakan dan strategi program ke depan dapat dilakukan secara lebih terarah dan berbasis data yang akurat.

Urgensi pengembangan indeks ini juga diperkuat oleh sejumlah regulasi yang mengatur tentang hak-hak reproduksi dan pelaksanaan program Keluarga Berencana. Beberapa regulasi penting yang relevan di antaranya:

1. UU No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga
2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (bagian Kesehatan Reproduksi)
3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual

Peraturan Pemerintah (PP) No. 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga.

KERANGKA TEORI

Dalam penyusunan IK-KBKR ini, diperlukan sebuah landasan teori untuk memberikan kerangka kerja yang sistematis dalam proses pemilihan dan penyusunan dimensi dan indikator yang relevan. Kerangka ini penting agar pengembangan indeks tidak hanya deskriptif, tetapi juga mempunyai basis ilmiah, teruji secara metodologi, dan dapat diaplikasikan dalam konteks pengambilan kebijakan kesehatan masyarakat. Salah satu tantangan dalam pengukuran keterpaparan informasi adalah adanya faktor sosial, budaya, dan akses informasi yang saling berinteraksi dan mempengaruhi pengambilan keputusan tiap individu (Gallagher et al., 2025). Oleh karena itu, pemilihan teori perilaku kesehatan

penting digunakan sebagai rujukan dalam identifikasi variabel kunci dalam mengkuantifikasi keterpaparan dan respons individu terhadap informasi KBKR.

Kajian ini memilih dua teori sebagai referensi utama, yaitu Health Belief Model (HBM) dan Theory of Planned Behaviour (TPB). Keduanya telah banyak diaplikasikan dalam penelitian kesehatan masyarakat, terutama bidang promosi kesehatan, perubahan perilaku, serta program KB di berbagai negara, termasuk Indonesia (Setyorini & Utami, 2022). Kedua teori ini menjelaskan mengenai faktor internal individu seperti pengetahuan dan sikap, serta faktor eksternal seperti faktor sosial dan lingkungan dalam efeknya terhadap perilaku individu.

Health Belief Model (HBM) merupakan teori perilaku kesehatan yang dikembangkan oleh ilmuwan psikologi sosial di Amerika Serikat sejak 1970-an untuk memahami partisipasi masyarakat dalam program pencegahan penyakit (Rosenstock, 1974). Teori HBM menjelaskan bahwa keputusan individu untuk melakukan suatu tindakan kesehatan dipengaruhi oleh enam komponen utama, yaitu persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keparahan (*perceived severity*), persepsi hambatan (*perceived barriers*), isyarat untuk bertindak (*cues to action*), dan efikasi diri (*self-efficacy*) (Rosenstock, 1974). Dalam konteks ini, HBM dapat menjadi acuan bagaimana seseorang menilai resiko kehamilan tidak terencana, dampaknya terhadap kesehatan dan sosial, manfaat mengikuti program KB, serta hambatan dalam mengakses layanan atau informasi terkait. Selain itu, keberadaan tenaga kesehatan, kampanye media, dan dukungan pasangan dapat menjadi dorongan individu untuk dapat beraksi mencari informasi dan menggunakan layanan KB.

Penggunaan HBM dalam kerangka pengembangan indeks ini bertujuan untuk menurunkan komponen-komponen tersebut ke dalam dimensi dan indikator yang terukur. Misalnya, persepsi kerentanan dan keparahan dapat diukur melalui indikator tingkat pengetahuan tentang risiko kehamilan yang tidak direncanakan dan komplikasi kesehatan reproduksi. Persepsi manfaat dapat dikaitkan dengan pengetahuan individu tentang berbagai metode kontrasepsi dan keefektifannya. Persepsi hambatan dapat diukur melalui indikator sikap individu terhadap kendala sosial, kultural, maupun ekonomi dalam menggunakan layanan KB. Sementara itu, isyarat untuk bertindak dapat diwakili oleh indikator frekuensi paparan informasi KB melalui media massa, media sosial, penyuluhan kesehatan, maupun interaksi dengan tenaga kesehatan. Dengan demikian, HBM memberikan kerangka konseptual yang komprehensif untuk mengembangkan indikator keterpaparan yang mencakup dimensi pengetahuan, akses informasi, dan sikap.

Sementara itu, Theory of Planned Behaviour (TPB), yang dikembangkan oleh Icek Ajzen sejak 1980-an, menjelaskan bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behaviour*), norma subjektif (*subjective norms*), dan kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioural control*) (Ajzen, 1991). Asumsi awal TPB adalah perilaku tiap individu merupakan hal yang terencana dan didahului oleh intensi untuk melakukan tindakan tersebut. Dalam konteks indeks keterpaparan program, TPB dapat menjadi landasan dalam menjelaskan bagaimana sikap individu terhadap program, persepsi normal sosial di lingkungan keluarga dan komunitas, dan sejauh mana individu merasa terkendala dalam mengakses program, akan mempengaruhi keputusan mereka dalam mencari informasi dan melaksanakan program.

Komponen *attitude* dalam TPB dapat dijadikan dasar dalam menyusun indikator sikap individu terhadap program, seperti pandangan tentang manfaat program, keamanan metode kontrasepsi, serta persepsi tentang relevansi program dengan kebutuhan kesehatan reproduksi. *Subjective norms* dapat diterjemahkan menjadi indikator dukungan sosial, seperti dorongan dari pasangan, keluarga, teman sebaya, atau tokoh masyarakat terhadap penggunaan KB dan akses informasi. Sedangkan *perceived behavioral control* berkaitan dengan sejauh mana individu merasa mampu memperoleh informasi, mengikuti

penyuluhan, atau menggunakan layanan program, yang dapat diukur melalui indikator akses informasi, hambatan geografis, ekonomi, maupun kultural.

Kombinasi kedua teori ini dapat menjadi dasar untuk membentuk kerangka teori yang komprehensif. HBM dapat menjelaskan faktor terkait risiko, manfaat, hambatan, serta pemicu tindakan, sedangkan TPB digunakan untuk menjelaskan pengaruh sikap, norma, dan kontrol perilaku terhadap intensi pencarian informasi dan layanan program. Selanjutnya dapat disusun dimensi dan indikator keterpaparan program yang mencakup variabel pengetahuan, frekuensi atau intensitas akses informasi, serta sikap terhadap program dan akses layanan.
Sebagai contoh, dimensi pengetahuan dapat mencakup indikator tentang pemahaman individu mengenai jenis-jenis kontrasepsi, manfaat, risiko, dan efek sampingnya. Dimensi akses informasi dapat mencakup indikator frekuensi mendapatkan informasi melalui media cetak, elektronik, media sosial, penyuluhan, atau interaksi langsung dengan tenaga kesehatan. Sedangkan dimensi sikap dapat mencakup indikator penerimaan terhadap program KB, keyakinan terhadap efektivitas kontrasepsi, serta kenyamanan berdiskusi tentang KB dengan pasangan atau tenaga kesehatan.

DIMENSI DAN INDIKATOR INDEKS

Indeks Keterpaparan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (IK-KBKR) merupakan suatu ukuran komposit yang dikembangkan untuk mengidentifikasi dan mengukur sejauh mana individu atau kelompok sasaran terpapar terhadap program Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR) baik melalui informasi, layanan, maupun bentuk intervensi lainnya. Indeks ini berfungsi sebagai alat evaluatif dan diagnostik dalam perencanaan serta pemantauan program KBKR di tingkat nasional maupun daerah. Pengembangan indeks ini menjadi penting karena dapat:

1. Memahami sejauh mana masyarakat mengetahui, memahami, dan mengakses layanan terkait program KBKR
2. Menjadi alat untuk mengevaluasi keberhasilan penyebaran informasi dan intervensi program KBKR
3. Mengidentifikasi area program/kegiatan yang perlu perbaikan di sisi cakupan maupun intensitas

IK-KBKR dibangun atas tiga dimensi utama, yaitu **Pengetahuan**, **Informasi**, dan **Sikap**. Masing-masing dimensi dijabarkan ke dalam sejumlah indikator dengan definisi operasional dan butir pertanyaan berikut:

1. Dimensi Pengetahuan
   Dimensi ini mengukur tingkat pemahaman individu terhadap konsep dan metode KBKR, termasuk manfaat, risiko, dan cara penggunaan.
   a. Indikator:
   - Tingkat pengetahuan: persentase individu yang dapat menyebutkan metode kontrasepsi atau aspek kesehatan reproduksi
   - Pemahaman risiko dan manfaat: sejauh mana individu memahami efek samping, manfaat, dan cara penggunaan metode kontrasepsi atau kesehatan reproduksi

   b. Pertanyaan:
   - Apakah pernah memperoleh/mendengar/melihat/mengetahui pesan atau informasi tentang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi?
   - Apa saja informasi KBKR yang pernah diperoleh? (misal: kontrasepsi, organ reproduksi, penyakit menular seksual, pubertas, dsb.)

   c. Definisi Operasional
   Masing-masing informasi yang dipilih akan diberi skor 1 untuk jawaban “Ya”, dan sisanya diasumsikan sebagai “Tidak” (skor 0). Total skor setelah dijumlahkan akan mencerminkan tingkat dimensi pengetahuan.

2. Dimensi Informasi
   Dimensi ini menilai intensitas dan keragaman sumber dari keterpaparan informasi yang diterima oleh individu dalam proses mendapatkan pengetahuan mengenai KBKR.
   a. Indikator:
   - Keragaman sumber informasi: jumlah dan jenis sumber informasi yang diakses (media massa, internet, tenaga kesehatan, pertemuan, dsb.)
   - Frekuensi paparan: seberapa sering responden mengakses atau menerima informasi tentang KB dan KR dalam periode tertentu
   b. Pertanyaan:
   - Darimana Anda memperoleh/mendengar/melihat/membaca informasi yang berkaitan dengan KBKR?
   - Seberapa sering mendapatkan informasi terkait KBKR
   c. Dimensi Operasional
      Masing-masing sumber/kanal informasi yang dipilih merupakan satu paparan (skor 1). Total skor setelah dijumlahkan akan mencerminkan tingkat dimensi keterpaparan informasi.
3. Dimensi Sikap
   Dimensi ini menilai sikap atau respon individu terhadap kebijakan, praktik, serta akses terhadap layanan KBKR, yang mencerminkan potensi perilaku atau penerimaan sosial terhadap isu-isu yang terkait.
   a. Indikator:
   - Sikap terhadap KBKR: persentase individu yang setuju/tidak setuju dengan kebijakan atau isu-isu strategis KBKR
   - Persentase terhadap akses layanan: persepsi masyarakat terhadap kemudahan akses dan keterjangkauan layanan KBKR
   b. Pertanyaan:
   - Sikap terhadap kebijakan atau program: Setelah mendapatkan informasi KBKR, apakah Anda setuju dengan isu-isu berikut?
     i. Penggunaan kontrasepsi
     ii. Pemeriksaan kehamilan
     iii. KB pascapersalinan
     iv. KB pria
     v. Konsultasi infertilitas
   - Akses Layanan: Seberapa mudah layanan KB dan KR diakses di lingkungan Anda?
   c. Definisi Operasional
      Setiap pernyataan sikap dengan jawaban "Setuju" diberi skor 1, sementara yang "Tidak Setuju" diberi skor 0. Semakin banyak pernyataan disetujui, semakin positif sikap responden terhadap program KBKR. Untuk persepsi terhadap akses layanan, jawaban bisa dikodifikasi dalam skala numerik, misalnya mudah (1), cukup (0.5), dan sulit (0), bisa disesuaikan dengan kategori yang tersedia. Kedua skor ini dapat dihitung rata-ratanya untuk menghasilkan skor akhir dimensi sikap.

METODE PENGUMPULAN DATA (SKENARIO 1 *PROXY* DATA)

Dalam penyusunan IK-KBKR ini, seluruh proses analisis didasarkan sepenuhnya pada data sekunder yang telah tersedia dari survei resmi pemerintah. Pendekatan ini dipilih untuk mengoptimalkan pemanfaatan data nasional yang komprehensif, menjamin validitas statistik, serta memastikan efisiensi dalam penyusunan indeks berskala nasional dalam waktu terbatas.

Data yang dikumpulkan bersumber dari tiga basis data nasional, yaitu Pendataan Keluarga Tahun 2024 (PK-24) yang diselenggarakan oleh Kemendukbangga/BKKBN, Survei Sosial

Ekonomi Nasional (Susenas) yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), dan Survei Kinerja dan Akuntabilitas Program (SKAP) Keluarga 2018 oleh Kemendukbangga/BKKBN. Ketiga sumber ini dipilih karena mencakup indikator-indikator kunci yang relevan untuk mengukur keterpaparan informasi, pengetahuan, sikap, serta praktik terkait program KB dan kesehatan reproduksi di Indonesia.

Pendataan Keluarga Tahun 2024 (PK-24) merupakan sensus keluarga berdasarkan data mikro yang dilaksanakan oleh BKKBN secara periodik. Sensus ini bertujuan untuk menyediakan informasi terkini tentang status demografi keluarga sebagai data sasaran program pemerintah seperti program percepatan penurunan stunting dan Keluarga Berencana (KB). Di sisi lain, Susenas sebagai survei tahunan oleh BPS dapat menyediakan data sosial ekonomi rumah tangga secara nasional dan provisi, mulai dari pendidikan, kesehatan, hingga kondisi ekonomi rumah tangga. Susenas dapat menjadi sumber relevan untuk data partisipasi masyarakat di program keluarga berencana, penggunaan alat kontrasepsi, maupun akses layanan kesehatan. Sementara itu, SKAP adalah survei nasional oleh BKKBN yang bertujuan memperoleh informasi mengenai capaian program Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga. Cakupan data dalam SKAP meliputi pengetahuan tentang alat kontrasepsi, keterpaparan informasi melalui berbagai saluran (media, tenaga kesehatan, petugas lapangan), serta sikap dan keinginan masyarakat untuk menggunakan layanan KB di masa mendatang. Meski data SKAP 2018 sudah berlalu beberapa tahun, hasilnya tetap relevan sebagai baseline historis dan bahan identifikasi perubahan atau tren keterpaparan KBKR hingga saat ini.
Ketiga sumber data tersebut memiliki keunggulan metodologis karena telah disusun berlandaskan desain survei dengan cakupan nasional yang hasilnya dapat diestimasi hingga tingkat provinsi bahkan kabupaten/kota. Selain itu, data-data ini juga telah melalui proses validasi dan publikasi resmi, sehingga datanya akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Dengan menggunakan data sekunder ini, penyusunan IK-KBKR dapat dilaksanakan secara efisien tanpa memerlukan pengumpulan data primer, tetapi bisa tetap dapat menjadi acuan yang valid secara metodologis dan dapat diandalkan sebagai *baseline* pengukuran keterpaparan program untuk mendukung kebijakan program nasional Keluarga Berencana.

METODE PENGUMPULAN DATA (SKENARIO 2 DARI PK-25)

Dalam penyusunan IK-KBKR ini, seluruh proses analisis didasarkan sepenuhnya pada data sekunder dari Survei Pendataan Keluarga Tahun 2025 (PK-25). PK-25 merupakan sensus keluarga yang diselenggarakan oleh Kemendukbangga/BKKBN secara periodik untuk mengumpulkan data-data mikro mengenai kondisi keluarga termasuk di dalamnya informasi tentang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Pendekatan ini dipilih untuk mengoptimalkan pemanfaatan data nasional yang komprehensif, menghindari duplikasi pengumpulan data primer, serta memastikan efisiensi dalam penyusunan indeks berskala nasional yang sudah terjamin validitasnya secara statistik. Dengan memanfaatkan PK-25 sebagai sumber utama, indeks ini diharapkan dapat dikembangkan dan diukur secara periodik dan rutin tanpa adanya kebutuhan untuk membangun sistem pengumpulan data baru di luar sistem yang sudah berjalan.

Meskipun saat penyusunan *Policy Paper* ini belum tersedia data PK-25 karena sensus baru akan dilaksanakan, perumusan IK-KBKR ini disusun dengan mengacu pada struktur pertanyaan PK-25 yang telah dirancang oleh Kemendukbangga/BKKBN. Terdapat tiga kelompok pertanyaan dalam PK-25 yang relevan untuk dipetakan secara langsung ke dalam dimensi-dimensi IK-KBKR, yaitu pertanyaan mengenai jenis informasi yang diketahui responden, sumber informasi yang diterima, dan sikap responden terhadap sejumlah isu KB dan KR. Berdasarkan struktur pertanyaan tersebut, indikator-indikator dalam setiap dimensi dapat dihitung secara langsung dari hasil pendataan PK-25 tanpa memerlukan rekonstruksi tambahan. Dengan demikian, indeksi ini bersifat antisipatif, artinya disiapkan untuk segera diterapkan ketika hasil PK-25 tersedia. Selain itu, indeks ini juga bisa menjadi

acuan kerangka analisis yang dapat digunakan oleh Kemendukbangga/BKKBN dalam merancang luaran survei ke depan.

PK-25 dilakukan melalui kunjungan ke lokasi warga oleh kader dan petugas lapangan menggunakan instrumen yang terstandar nasional. Karena cakupan PK-25 yang luas dan merupakan representasi keluarga di Indonesia, hasil sensusnya bisa memberikan dampak positif untuk penyusunan indeks karena memungkinkan pemetaan keterpaparan KBKR secara spasial dan demografis. Dalam konteks ini, penyusunan indeks tidak lagi memerlukan aktivitas survei primer tambahan, sehingga bergantung pada akses dan pemanfaatan hasil PK-25 yang valid secara metodologis dan kompatibel dengan kerangka evaluatif program nasional KBKR. Jika diperlukan, untuk kedepannya IK-KBKR dapat disesuaikan secara berkala mengikuti pembaruan struktur pertanyaan dalam siklus PK berikutnya.

METODE PERHITUNGAN INDEKS DAN SKORING

Dalam perhitungan IK-KBKR ini, akan dilakukan pendekatan indeks komposit yang merupakan penggabungan dari berbagai indikator dan dimensi menjadi satu nilai. Nilai ini yang kemudian akan digunakan untuk membandingkan tingkat keterpaparan antar wilayah (provinsi atau kabupaten/kota) secara proporsional. Penyusunan indeks komposit ini memungkinkan berbagai indikator dari beberapa satuan, skala, maupun cakupan yang berbeda menjadi bisa dianalisis dalam satu kerangka pengukuran yang konsisten.

1. Normalisasi Indikator
   Langkah pertama untuk penyusunan indeks dengan indikator yang memiliki skala pengukuran yang berbeda adalah normalisasi agar seluruh nilai indikator akan berada dalam skala 0-1 (Chakrabartty, 2017). Proses normalisasi ini bertujuan agar semua indikator memiliki kontribusi setara dalam perhitungan indeks. Metode yang digunakan adalah *min-max normalization* yang secara umum diformulasikan sebagai berikut.

$$I = \frac{x - \min(x)}{\max(x) - \min(x)}$$

   Di mana I adalah nilai indikator yang sudah dinormalisasi, x adalah nilai indikator asli di wilayah tersebut, *min(x)* adalah nilai terkecil indikator di seluruh wilayah, dan *max(x)* adalah nilai terbesar indikator di seluruh wilayah.
2. Agregasi Indikator dalam Dimensi
   Setelah mendapatkan nilai indikator yang sudah dinormalisasi, langkah berikutnya adalah melakukan perhitungan rata-rata aritmatika untuk masing-masing dimensi pengetahuan, akses informasi, dan sikap. Perhitungannya menggunakan formula sebagai berikut.

$$D_i = \frac{1}{n}\sum_{j=1}^{n} I_{ij}$$

   Di mana D_i adalah nilai dimensi ke-i (dimensi, akses informasi, atau sikap, I_{ij}adalah nilai indikator yang sudah dinormalisasi untuk dimensi tersebut, dan n adalah jumlah indikator dalam dimensi. Metode ini digunakan dengan asumsi tiap indikator dalam satu dimensi yang sama dianggap setara bobotnya dan saling mendukung dalam mengukur karakteristik dimensi tersebut (Chakrabartty, 2017).

3. Penggabungan Dimensi menjadi Indeks Komposit
   Untuk memastikan terbentuknya indeks komposit yang seimbang dalam menilai semua dimensi, akan digunakan metode rata-rata geometrik dalam proses perhitungan indeks komposit IK-KBKR. Metode ini merujuk pada transformasi metodologis yang dilakukan UNDP pada tahun 2010 saat mengganti metode perhitungan *Human Development Index (HDI)* dari rata-rata aritmatika ke rata-rata

geometrik untuk mengurangi efek kompensasi antar dimensi (Alkire & Foster, 2010). Pendekatan ini memastikan agar seluruh dimensi IK-KBKR akan saling melengkapi dan bukan menggantikan. Misalnya dimensi pengetahuan yang tinggi tidak dapat menutupi kekurangan di dimensi akses informasi atau sebaliknya. Sehingga jika menginginkan nilai IK-KBKR yang tinggi, maka semua dimensi harus memiliki nilai yang tinggi juga, tidak bisa ada ketimpangan atau distorsi di salah satu dimensi. Formula dari rata-rata geometrik adalah sebagai berikut.

$$IK - KBKR = \left(\prod_{i=1}^{m} D_i \right)^{\frac{1}{m}} = \sqrt[m]{D_1 \, D_2 \ldots D_m}$$

Di mana D_i adalah nilai dari setiap dimensi dan m adalah jumlah dimensi dalam indeks.

4. Klasifikasi Nilai Indeks

Setelah mendapat nilai indeks komposit untuk tiap wilayah, langkah berikutnya adalah melakukan klasifikasi nilai ke dalam beberapa kategori keterpaparan. Salah satu metode klasifikasi yang dapat digunakan adalah pembagian kuartil berdasarkan nilai batas tertentu yang dapat ditentukan melalui analisis distribusi nilai indeks seluruh wilayah (Chakrabartty, 2017). Contoh pengkategoriannya adalah Sangat Rendah (0-0,25), Rendah (0,26-0,5), Sedang (0,51-0,75), dan Tinggi (0,76-1). Klasifikasi ini nantinya dapat disesuaikan dengan distribusi aktual nilai indeks seluruh wilayah melalui pendekatan kuartil atau menggunakan analisis distribusi statistik. Pendekatan klasifikasi ini dapat digunakan lebih lanjut untuk interpretasi kebijakan maupun membantu menentukan wilayah mana yang memerlukan intervensi lanjutan dalam program KBKR.

METODE INTERPRETASI HASIL

Setelah memperoleh nilai komposit IK-KBKR, selanjutnya diperlukan pendekatan interpretasi yang bisa menjelaskan variasi keterpaparan program antar wilayah maupun antar kelompok sasaran. Dengan rentang nilai skala 0 sampai 1 dapat menunjukkan tingkat keterpaparan masyarakat terhadap informasi, layanan, dan program KBKR secara menyeluruh. Semakin mendekati nilai 1, masyarakat memiliki tingkat keterpaparan makin tinggi, memiliki pengetahuan yang baik, adanya paparan informasi dari berbagai sumber, serta mempunyai sikap positif terhadap program KBKR. Sebaliknya semakin mendekati nilai 0, indikasinya adalah adanya potensi kesenjangan informasi, akses yang terbatas, maupun sikap yang resisten terhadap isu KBKR.

Interpretasi indeks dapat dilakukan secara berlapis dengan prinsip utamanya adalah analisis deskriptif dekomposisi antar dimensi, pemetaan spasial antar wilayah, dan pengelompokan atau *clustering* tingkat keterpaparan berdasarkan berdasarkan klasifikasi nilai indeks (Jacobs, Smith, & Goddard, 2004). Tahapan pertama adalah analisis deskriptif dengan dekomposisi antar dimensi. Pendekatan ini akan mengidentifikasi indikator ataupun dimensi mana yang menjadi penggerak indeks di suatu wilayah, apakah itu pengetahuan, akses informasi, ataupun sikap. Hal ini memungkinkan intervensi ke depan bisa menjadi lebih fokus dan efektif. Sebagai contoh, suatu provinsi bisa memiliki skor dimensi pengetahuan yang tinggi, namun rendah pada sikap, yang menandakan bahwa meskipun masyarakat memahami isu atau kebijakan, tetapi belum tentu diterima secara positif oleh masyarakat. Hal ini penting dalam merancang strategi intervensi yang lebih kontekstual dan adaptif terhadap kebutuhan lokal.

Langkah kedua adalah melakukan pengelompokan atau kategorisasi menggunakan visualisasi hasil indeks, bisa dilakukan dengan peta atau *dashboard* interaktif. Pengelompokan dapat dilakukan dengan metode klasifikasi kuartil atau *clustering* seperti K-Means, untuk dapat mengidentifikasi wilayah-wilayah dengan tingkat keterpaparan yang serupa. Dengan menggunakan pemetaan spasial, dapat dilakukan analisis disparitas antar wilayah di tingkat provinsi atau kabupaten/kota yang bisa menjadi dasar dalam penentuan prioritas intervensi secara geografis. Lebih lanjut dapat dibangun sebuah *dashboard* untuk memudahkan integrasi dan interaksi dengan sistem pemantauan yang lebih dinamis secara *real-time*.

Tahapan yang tidak kalah penting yaitu mengaitkan indeks dengan faktor kontekstual dari data eksternal yang relevan, seperti tingkat penggunaan kontrasepsi, ketersediaan tenaga kesehatan, kondisi sosial ekonomi, maupun variabel pembangunan lain. Korelasi antara indeks dengan indikator eksternal akan memperkuat validitas IK-KBKR sebagai alat ukur keterpaparan program dan mendukung interpretasi lebih komprehensif. Terlebih lagi, penggunaan data kualitatif dari lapangan dapat memperkaya pemahaman terhadap hasil indeks, terutama dalam proses memahami dinamika sosial budaya yang tidak tertangkap data kuantitatif.
Dengan metode pendekatan berlapis ini, interpretasi IK-KBKR tidak hanya berfungsi sebagai alat evaluasi numerik, tetapi juga menjadi dasar penyusunan strategi kebijakan yang lebih kontekstual, terarah, dan *evidence-based*.

SIMULASI INDEKS DAN INTERPRETASI HASIL (Tableau Dashboard)

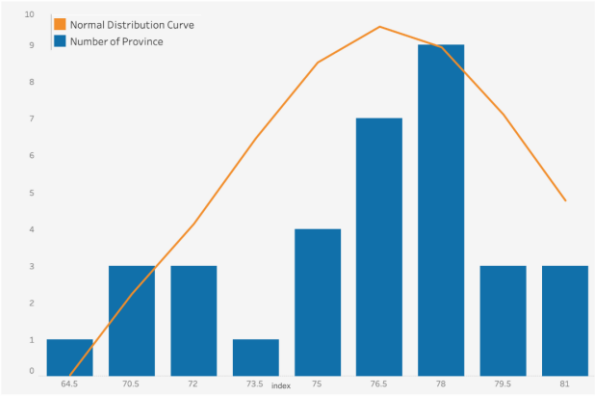
Untuk menguji rancangan konseptual dan metodologis dari Indeks Keterpaparan Program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (IK-KBKR), telah dilakukan simulasi perhitungan indeks menggunakan data sekunder yang relevan dan tersedia hingga tingkat provinsi. Simulasi ini bertujuan sebagai validasi awal terhadap rancangan indeks dan untuk memberikan gambaran potensi implementasi praktis dari indeks tersebut. Data yang digunakan untuk membentuk masing-masing dimensi Pengetahuan, Informasi, dan Sikap bisa dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1 Daftar Data Sekunder Indikator dan Dimensi

Indikator	Dimensi	Tahun	Sumber
Persentase PUS menurut pengetahuan alat/cara KB modern dan Provinsi	Pengetahuan	2018	SKAP
Pernah mendengar/melihat/membaca informasi berkaitan KRR	Pengetahuan	2018	SKAP
Persentase Keterpaparan Bangga Kencana Bersumber dari Media dan Petugas	Informasi	2024	PK-24
Persentase PUS Menurut Informasi Metode KB yang Didapatkan	Informasi	2024	PK-24
Persentase PUS Menurut Kesertaan Ber-KB	Sikap	2024	PK-24
Keinginan Menggunakan KB di Masa Mendatang	Sikap	2018	SKAP
Pendapat tentang perlunya pengaturan/ pengendalian kelahiran	Sikap	2018	SKAP
Pendapat tentang remaja menikah sebelum usia 21 tahun	Sikap	2018	SKAP

Sesuai dengan Metode Perhitungan Indeks dan Skoring, masing-masing dari indikator telah dinormalisasi menjadi skor 0-100. Setelah itu, dilakukan agregat rata-rata aritmatik untuk skoring tiap dimensi. Kemudian dilakukan perhitungan rata-rata geometrik untuk mendapatkan indeks komposit. Hasil simulasi indeks komposit menunjukkan bahwa nilai IK-KBKR provinsi-provinsi di Indonesia berada pada rentang sekitar 64 hingga 83. Dengan nilai rata-rata 73.93 dan standar deviasi 9.31, didapatkan grafik distribusi normal seperti di Gambar 2.

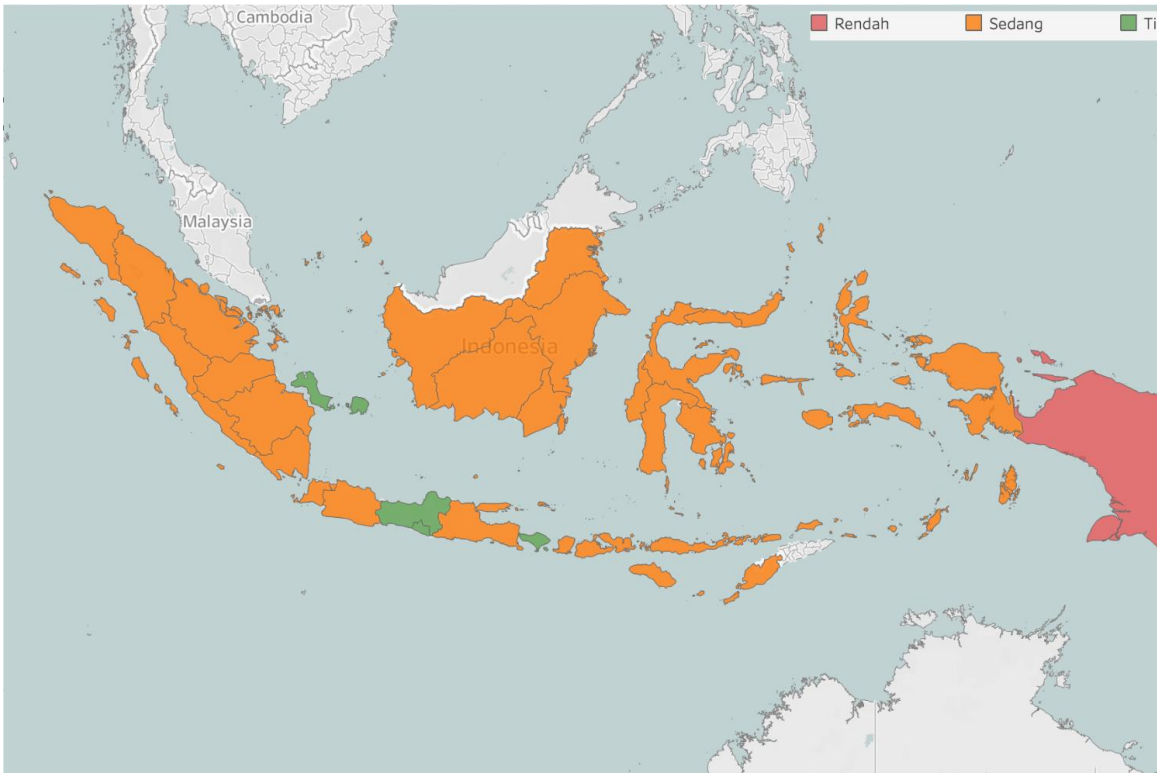
Gambar 2 Histogram dan Kurva Distribusi Normal dari Indeks Komposit



Dari histogram dan distribusi indeks komposit tersebut, terlihat pola menyerupai kurva normal dengan sedikit *left-skewed* dan frekuensi tertinggi pada rentang 75-78. Dengan dasar tersebut, bisa ditentukan batas kategori berdasarkan sebaran alami data, di mana kategori 'Rendah' di bawah 70, nilai 71-80 yang mencerminkan mayoritas wilayah adalah kategori 'Sedang', sedangkan nilai lebih dari 80 dapat dikategorikan 'Tinggi'.

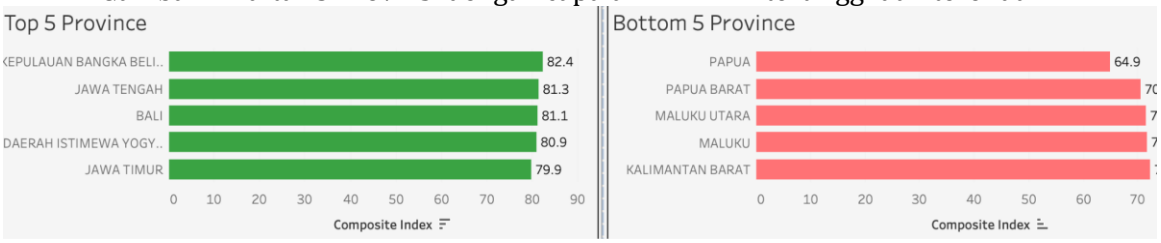
Dari kategorisasi tersebut, dapat dipetakan sebaran kategori di seluruh provinsi seperti pada Gambar 3. Terdeteksi 4 provinsi dengan kategori tinggi yaitu Kep. Bangka Belitung (82.4), Jawa Tengah (81.3), Bali (81.1), dan DI Yogyakarta (80.9). Sementara provinsi dengan kategori rendah hanya 1 yaitu Papua dengan nilai 64.9.

Gambar 3 Peta Kategori Indeks Komposit



Namun, jika dilihat lebih lanjut di Gambar 4, terlihat bahwa Papua Barat (70.6), Maluku Utara (71.6), dan Maluku (71.7) adalah provinsi-provinsi lain yang termasuk dalam daftar provinsi dengan indeks komposit terendah. Skor-skor ini menunjukkan adanya kemungkinan ketimpangan dalam hal keterpaparan pengetahuan, informasi, maupun sikap terhadap program KBKR di area timur jika dibandingkan dengan provinsi-provinsi dengan indeks tertinggi yang sebagian besar berada di wilayah barat Indonesia.

Gambar 4 Daftar 5 Provinsi dengan capaian IK-KBKR tertinggi dan terendah

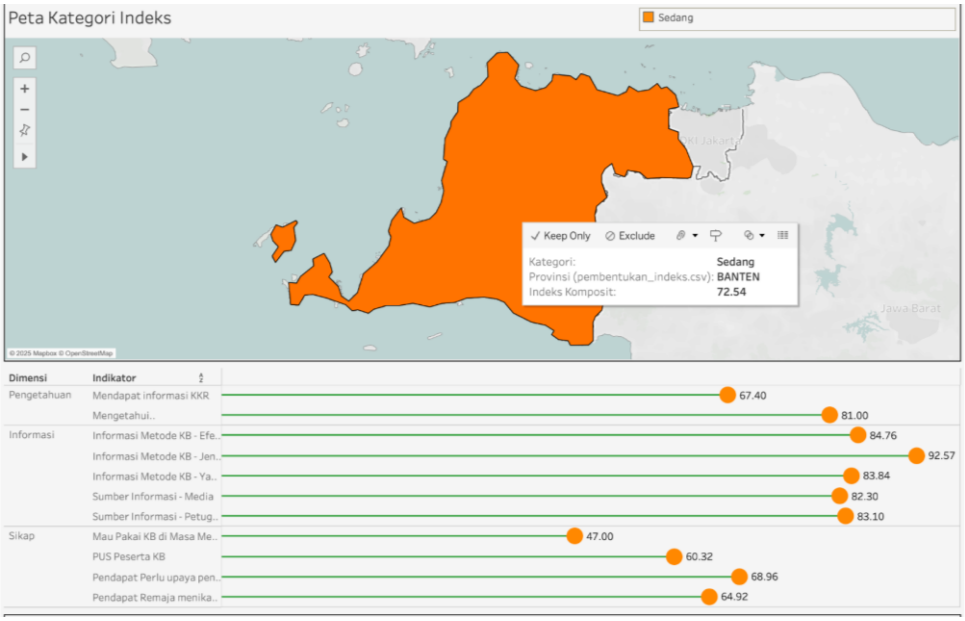


Selanjutnya dapat juga dilakukan analisis tiap dimensi dan indikator lebih detail untuk masing-masing provinsi. Sebagai contoh terlihat pada Gambar 5, Provinsi Banten mendapatkan skor indeks 72.54 yang termasuk dalam kategori Sedang. Jika dilihat dari detail dimensi dan indikator, secara umum Banten mempunyai skor dimensi Informasi dan Pengetahuan yang cukup tinggi dan merata tetapi terdapat disparitas signifikan pada skor Sikap yang rendah, terutama untuk indikator "Mau pakai KB di masa mendatang" yang hanya mencapai 47. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun pemahaman dan akses informasi masyarakat di provinsi Banten sudah cukup baik, tetapi masih terdapat resistensi atau keraguan dalam penerimaan atau sikap terhadap program KBKR, yang menjadi tantangan kunci dalam implementasi program dari Kemendukbangga/BKKBN.

Fenomena disparitas juga tercermin secara lebih luas jika kita mengaitkan capaian IK-KBKR dengan faktor eksternal. Pada Gambar 6 dan Table 1 terlihat hasil analisis *scatter plot* yang menghubungkan antara skor IK-KBKR dengan capaian persentase *unmet need* dari data PK-24. Dapat terlihat dari hubungan kedua data tersebut tidak menunjukkan korelasi linear yang kuat. Kuadran-kuadran yang terbentuk dari garis median menunjukkan empat kelompok wilayah dengan karakteristik berbeda. Provinsi yang berada di kuadran kanan

bawah (*High Index, Low Unmet Need* – hijau) merepresentasikan kondisi ideal, contohnya di provinsi Kep. Bangka Belitung dan Bali, di mana keterpaparan informasi KBKR tinggi dan kebutuhan layanan telah relatif terpenuhi. Ini menunjukkan efektivitas program dan bisa dijadikan percontohan untuk wilayah lain. Wilayah dalam kuadran kanan atas (*High Index, High Unmet Need* – oranye) menunjukkan paradoks bahwa tidak seluruh provinsi dengan skor indeks tinggi akan otomatis memiliki kebutuhan KB yang telah terpenuhi, seperti Jawa Barat dan Jawa Tengah. Hal ini bisa mengindikasikan adanya hambatan struktural seperti keterbatasan fasilitas layanan, kendala ekonomi, atau ketidakcocokan antara preferensi dan ketersediaan metode kontrasepsi.

Gambar 5 Contoh analisis detail dimensi dan indikator IK-KBKR di Provinsi Banten



Rekomendasinya adalah memperkuat aspek *supply-side*, termasuk kualitas layanan, distribusi alat KB, serta pelatihan petugas. Sebaliknya, provinsi yang masuk dalam kuadran kiri atas (*Low Index, High Unmet Need*) menghadapi tantangan ganda berupa rendahnya keterpaparan dan tingginya kebutuhan belum terpenuhi, sehingga perlu menjadi prioritas intervensi yang menyeluruh, seperti provinsi Papua dan Banten. Di wilayah ini, rendahnya indeks keterpaparan berkorelasi dengan tingginya kebutuhan yang belum terpenuhi, menandakan kurangnya akses, edukasi, atau penerimaan terhadap program KBKR. Terakhir, wilayah dalam kuadran kiri bawah (*Low Index, Low Unmet Need* – biru) mencerminkan area dengan kebutuhan rendah namun juga tingkat keterpaparan yang rendah, seperti Papua Barat dan Maluku. Di sini, strategi promotif dan edukatif tetap penting agar wilayah tidak mengalami kenaikan *unmet need* kedepannya. Pemetaan ini dapat menjadi landasan kebijakan yang lebih kontekstual dan terfokus, memastikan bahwa intervensi KBKR diarahkan secara tepat sasaran berdasarkan karakteristik wilayah.

Melalui simulasi ini, IK-KBKR terbukti mampu menggambarkan secara komprehensif variasi keterpaparan antar wilayah, serta menjadi alat bantu yang potensial dalam perencanaan dan evaluasi program berbasis data. Indeks juga menunjukkan bahwa peningkatan akses informasi saja tidak cukup, dan perlu adanya intervensi yang terintegrasi antara edukasi, layanan, serta pemberdayaan masyarakat. Selain itu, provinsi yang memiliki skor Sedang meskipun berada di kawasan maju seperti Banten, Jawa Barat, dan DKI Jakarta menunjukkan kemungkinan adanya kesenjangan informasi atau sikap yang masih perlu diperdalam dengan data kualitatif.

Gambar 6 *Scatter Plot* Hubungan IK-KBKR dengan Persentase *Unmet Need*: Klasifikasi Provinsi dalam Empat Kuadran Strategis



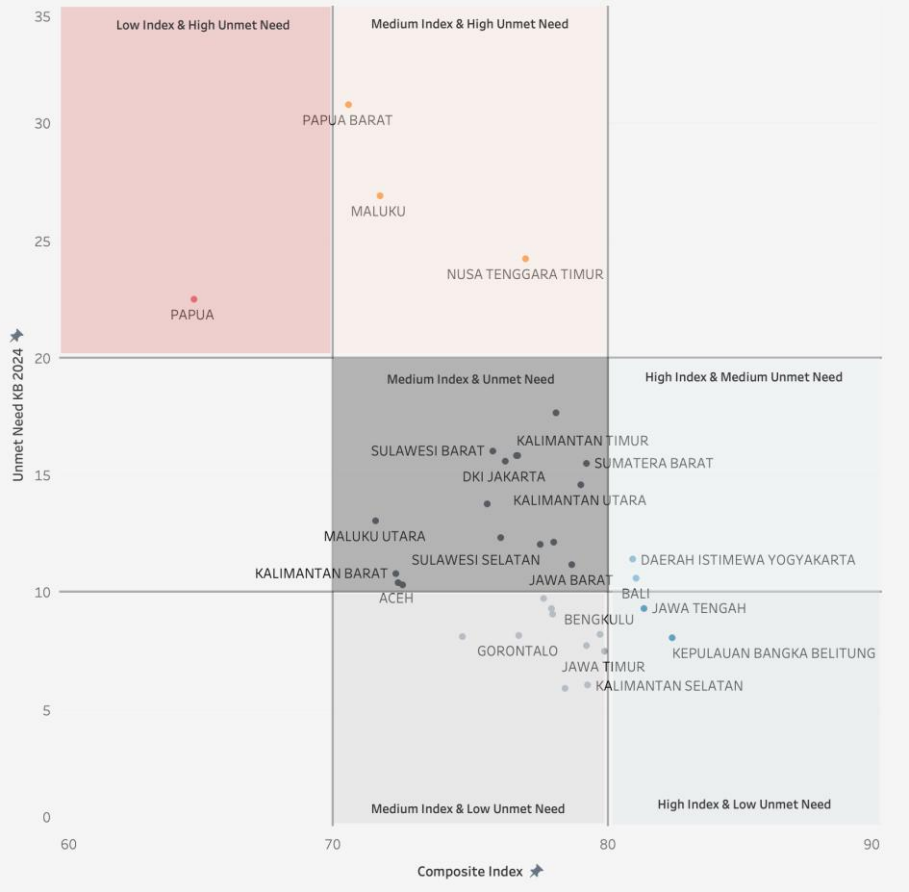
Tabel 2 Daftar Provinsi dan 4 Kuadran Berdasarkan *Scatter Plot* di Gambar 6

Kuadran	Provinsi	Indeks Komposit	Unmet Need
High Index and Low Unmet Need	BALI	81.06	10.57
High Index and Low Unmet Need	BENGKULU	79.73	8.22
High Index and Low Unmet Need	JAMBI	79.22	7.73
High Index and Low Unmet Need	JAWA BARAT	78.71	11.18
High Index and Low Unmet Need	JAWA TENGAH	81.31	9.31
High Index and Low Unmet Need	JAWA TIMUR	79.88	7.46
High Index and Low Unmet Need	KALIMANTAN SELATAN	79.26	6.04
High Index and Low Unmet Need	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	82.37	8.04
High Index and Low Unmet Need	LAMPUNG	77.94	9.29
High Index and Low Unmet Need	NUSA TENGGARA BARAT	78.44	5.88
High Index and Low Unmet Need	RIAU	78.01	9.04
High Index and Low Unmet Need	SUMATERA SELATAN	77.69	9.73
High Index and Unmet Need	DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA	80.92	11.41
High Index and Unmet Need	KALIMANTAN UTARA	79.04	14.55
High Index and Unmet Need	KEPULAUAN RIAU	78.04	12.13
High Index and Unmet Need	SUMATERA BARAT	79.24	15.5
High Index and Unmet Need	SUMATERA UTARA	78.14	17.65
Low Index and High Unmet Need	DKI JAKARTA	76.29	15.6
Low Index and High Unmet Need	KALIMANTAN TIMUR	76.7	15.81
Low Index and High Unmet Need	MALUKU	71.71	26.91
Low Index and High Unmet Need	MALUKU UTARA	71.55	13.04
Low Index and High Unmet Need	NUSA TENGGARA TIMUR	77.02	24.2
Low Index and High Unmet Need	PAPUA	64.92	22.46
Low Index and High Unmet Need	PAPUA BARAT	70.56	30.78
Low Index and High Unmet Need	SULAWESI BARAT	75.81	16.02
Low Index and High Unmet Need	SULAWESI SELATAN	77.54	12.05
Low Index and High Unmet Need	SULAWESI TENGAH	75.61	13.76
Low Index and High Unmet Need	SULAWESI TENGGARA	76.72	15.83
Low Index and High Unmet Need	SULAWESI UTARA	76.09	12.34
Low Index and Unmet Need	ACEH	72.35	10.42
Low Index and Unmet Need	BANTEN	72.54	10.33
Low Index and Unmet Need	GORONTALO	76.77	8.14
Low Index and Unmet Need	KALIMANTAN BARAT	72.29	10.81
Low Index and Unmet Need	KALIMANTAN TENGAH	74.7	8.11

Sebagai pengembangan lebih lanjut dari klasifikasi empat kuadran *scatter plot* di atas, dilakukan pemetaan ke dalam sembilan kuadran berdasarkan kategori *Low, Medium*, dan *High* untuk masing-masing sumbu Indeks Keterpaparan KBKR dan Unmet Need. Hasil pemetaan dapat dilihat di Gambar 7 dan Tabel 3. Pemetaan ini memberikan detail yang lebih tinggi dalam memahami kombinasi kondisi di tiap provinsi. Provinsi yang berada pada kuadran ekstrem seperti *Low Index & High Unmet Need* tetap menjadi prioritas utama karena menghadapi tantangan dari sisi keterpaparan informasi maupun keterpenuhan layanan. Di sisi lain, provinsi pada kuadran *High Index & Medium Unmet Need* seperti Bali dan Kep. Bangka Belitung mencerminkan wilayah yang relatif ideal, tetapi masih memerlukan pemantauan agar tidak mengalami stagnasi atau kemunduran. Wilayah pada kuadran *Medium Index & Medium Unmet Need*, yang merupakan kelompok terbesar, mencerminkan wilayah transisi yang memerlukan kebijakan adaptif sesuai dengan kondisi karakteristik masing-masing.

Dengan adanya pemetaan sembilan kuadran ini, diharapkan rekomendasi kebijakan bisa mencakup pendekatan yang lebih akurat dan kontekstual. Di kuadran *Medium Index & High Unmet Need*, diperlukan peningkatan kapasitas layanan dan strategi advokasi yang lebih baik untuk mengubah pengetahuan menjadi perilaku. Untuk kuadran *Low Index & Medium Unmet Need*, perlu didorong intervensi edukatif dan perluasan akses informasi berbasis komunitas. Sementara itu, provinsi yang mempunyai *High Index & Low Unmet Need* tentu dapat menjadi teladan (*best practices model*) dan sumber pembelajaran antarwilayah. Secara keseluruhan, penggunaan sembilan kuadran memungkinkan pemangku kepentingan di tingkat pusat dan daerah menyusun intervensi yang lebih sesuai karakter dan tantangan masing-masing provinsi.

Gambar 7 *Scatter Plot* Hubungan IK-KBKR dengan Persentase *Unmet Need*: Klasifikasi Provinsi dalam Sembilan Kuadran Strategis



Tabel 3 Daftar Provinsi dan 9 Kuadran Berdasarkan *Scatter Plot* di Gambar 7

Kuadran	Provinsi	Indeks Komposit	Unmet Need
High Index & Low Unmet Need	JAWA TENGAH	81.31	9.31
High Index & Low Unmet Need	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	82.37	8.04
High Index & Medium Unmet Need	BALI	81.06	10.57
High Index & Medium Unmet Need	DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA	80.92	11.41
Medium Index & High Unmet Need	MALUKU	71.71	26.91
Medium Index & High Unmet Need	NUSA TENGGARA TIMUR	77.02	24.20
Medium Index & High Unmet Need	PAPUA BARAT	70.56	30.78
Medium Index & Low Unmet Need	BENGKULU	79.73	8.22
Medium Index & Low Unmet Need	GORONTALO	76.77	8.14
Medium Index & Low Unmet Need	JAMBI	79.22	7.73
Medium Index & Low Unmet Need	JAWA TIMUR	79.88	7.46
Medium Index & Low Unmet Need	KALIMANTAN SELATAN	79.26	6.04
Medium Index & Low Unmet Need	KALIMANTAN TENGAH	74.70	8.11
Medium Index & Low Unmet Need	LAMPUNG	77.94	9.29
Medium Index & Low Unmet Need	NUSA TENGGARA BARAT	78.44	5.88
Medium Index & Low Unmet Need	RIAU	78.01	9.04
Medium Index & Low Unmet Need	SUMATERA SELATAN	77.69	9.73
Medium Index & Medium Unmet Need	ACEH	72.35	
Medium Index & Medium Unmet Need	BANTEN	72.54	
Medium Index & Medium Unmet Need	DKI JAKARTA	76.29	
Medium Index & Medium Unmet Need	JAWA BARAT	78.71	
Medium Index & Medium Unmet Need	KALIMANTAN BARAT	72.29	
Medium Index & Medium Unmet Need	KALIMANTAN TIMUR	76.70	
Medium Index & Medium Unmet Need	KALIMANTAN UTARA	79.04	
Medium Index & Medium Unmet Need	KEPULAUAN RIAU	78.04	
Medium Index & Medium Unmet Need	MALUKU UTARA	71.55	
Medium Index & Medium Unmet Need	SULAWESI BARAT	75.81	
Medium Index & Medium Unmet Need	SULAWESI SELATAN	77.54	
Medium Index & Medium Unmet Need	SULAWESI TENGAH	75.61	
Medium Index & Medium Unmet Need	SULAWESI TENGGARA	76.72	
Medium Index & Medium Unmet Need	SULAWESI UTARA	76.09	
Medium Index & Medium Unmet Need	SUMATERA BARAT	79.24	
Medium Index & Medium Unmet Need	SUMATERA UTARA	78.14	
Low Index & High Unmet Need	PAPUA	64.92	

Rekomendasi

Berdasarkan paparan konseptual dan hasil simulasi Indeks Keterpaparan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (IK-KBKR), pemerintah pusat maupun daerah direkomendasikan untuk menjadikan indeks ini sebagai alat bantu dalam proses perencanaan, alokasi sumber daya, dan evaluasi program KBKR. Indeks ini dapat menjadi dasar dalam pengambilan keputusan berbasis data dan bukti yang lebih terarah dengan adanya identifikasi wilayah atau kelompok sasaran dengan tingkat keterpaparan yang lebih rendah. Sehingga, alokasi intervensi seperti peningkatan edukasi, distribusi layanan,

maupun kampanye dengan bantuan komunitas dapat dilakukan secara lebih efektif dan efisien.

Rekomendasi berikutnya adalah optimalisasi penggunaan hasil Pendataan Keluarga 2025 (PK-25) sebagai sumber data utama dalam pengukuran keterpaparan program KBKR. Tim penyusun indeks dan pihak Kemendukbangga/BKKBN dan instansi terkait disarankan untuk memastikan bahwa struktur kuesioner dalam PK-25 mencakup pertanyaan-pertanyaan yang dapat langsung dipetakan ke dalam dimensi Pengetahuan, Informasi, dan Sikap. Dalam hal ini, berikut adalah usulan butir pertanyaan yang relevan sebagai dasar dalam menyusun indeks:

1. Pengetahuan
   "Jika pernah memperoleh informasi tentang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, informasi apa yang diperoleh?"
   (Pilihan jawaban: kontrasepsi, organ reproduksi, pubertas, penyakit menular seksual, menopause, orientasi seksual, dll.)
2. Informasi
   "Dari mana Anda mendapatkan informasi mengenai Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi?"
   (Pilihan jawaban: media cetak, elektronik, digital, media luar ruang, pertemuan, seni budaya, petugas/tokoh)
3. Perubahan Sikap
   "Setelah mendapatkan informasi tentang kontrasepsi dan kesehatan reproduksi, apakah Anda setuju dengan isu berikut?"
   (Pilihan jawaban: penggunaan kontrasepsi, KB pria, konsultasi infertilitas, pemeriksaan kehamilan, KB pascapersalinan)

Pertanyaan-pertanyaan tersebut mencerminkan struktur dimensi dalam IK-KBKR dan memungkinkan penghitungan indeks secara langsung dari hasil PK-25, tanpa rekonstruksi variabel tambahan. Oleh karena itu, sangat penting agar pertanyaan ini dimasukkan dalam instrumen PK-25 untuk menjamin keberlanjutan pengukuran keterpaparan program secara nasional dan periodik.

Selain itu, integrasi IK-KBKR dalam sistem monitoring dan evaluasi internal Kemendukbangga/BKKBN juga penting agar capaian program dapat dilihat secara periodik dan menjadi masukan dalam penyusunan kebijakan daerah khususnya di bidang kependudukan dan KB. Di tingkat operasional, hasil IK-KBKR dapat dimanfaatkan untuk merancang strategi komunikasi yang lebih adaptif sesuai dengan karakteristik wilayah. Misalnya, di daerah dengan skor pengetahuan tinggi namun sikap rendah, pendekatan interpersonal berbasis nilai lokal dapat diperkuat. Sementara di wilayah dengan skor informasi rendah, optimalisasi kanal digital atau media luar ruang bisa menjadi prioritas. Pendekatan ini memungkinkan kampanye KBKR menjadi kontekstual dan berbasis kebutuhan nyata masyarakat.

Akhirnya, pemerintah diharapkan mendorong penggunaan IK-KBKR sebagai bagian dari penguatan tata kelola data dan akuntabilitas program KBKR secara nasional. Ke depan, indeks ini juga dapat diintegrasikan ke dalam *dashboard* publik, sebagai sarana transparansi data dan alat advokasi antarwilayah. Selain menjadi rujukan internal, publikasi hasil indeks juga dapat meningkatkan partisipasi masyarakat, dukungan lintas sektor, dan sinergi dengan program-program pembangunan keluarga, kesehatan ibu-anak, serta penguatan hak-hak reproduksi.

Referensi

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Hu-man Decision Processes, 50, 179–211. *De Young*, *50*(2), 509-526. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Alkire, S., & Foster, J. (2010). *Designing the inequality-adjusted human development index (HDI)*. Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI).

Chakrabartty, S. N. (2017). Composite index: methods and properties. *Journal of Applied Quantitative Methods*, *12*(2), 25-33.

Data for Impact Project. (n.d.). *Family Planning Program Effort Index*. Data4Impact. Retrieved March 28, 2025, from https://www.data4impactproject.org/prh/family-planning/fp/family-planning-program-effort-index/

Gallagher, K. S., Stojanovski, K., Ogarrio, K., Wright, L., Fuster, M., & Bell, C. N. (2025). Applications of equity frameworks in theory-based health behavior interventions: a scoping review. *International journal for equity in health*, *24*(1), 79. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02438-x

Jacobs, R., Smith, P., & Goddard, M. (2004). M*easuring performance: An examination of composite performance indicators* (Technical Paper Series No. 29). Centre for Health Economics, University of York.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025*). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

National Institute of Environmental Health Sciences. (n.d.). *Reproductive health*. National Institutes of Health. Retrieved May 7, 2025, from https://www.niehs.nih.gov/health/topics/conditions/repro-health

Pemerintah Republik Indonesia. (2025). *Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025–2029*. Sekretariat Negara.

Rosenberg, R., Ross, J., Hardee, K., & Zosa-Feranil, I. (2022). The National Composite Index for Family Planning (NCIFP): results and methodological issues. *Gates Open Research*, *6*, 1. https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13464.1

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, *2*(4), 354-386. https://doi.org/10.1177/109019817400200405

Setyorini, R. H., & Utami, R. W. (2022). Memprediksi Perilaku Penggunaan Kontrasepsi Menggunakan Theory Health Belief Model. *Jurnal kesehatan komunitas (Journal of community health)*, *8*(2), 372-380. https://jurnal.htp.ac.id/index.php/keskom/article/view/1221

World Health Organization. (n.d.-a). Contraception. World Health Organization. Retrieved May 8, 2025, from https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1

World Health Organization. (n.d.-b). Reproductive health. World Health Organization Western Pacific. Retrieved May 8, 2025, from https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health