

**PEMENUHAN KEBUTUHAN KONTRASEPSI KELUARGA MISKIN
DI INDONESIA PADA MASA DESENTRALISASI
(ANALISIS SDKI 2007)**

***Meeting Contraceptive Needs for Poor Households
in Indonesia at Decentralization Era
(Analysis Of IDHS 2007)***

Ni'mal Baroya*

ABSTRACT

Indonesia has experienced an increasing in contraceptive use. However, it is not in line with a decreased unmet need for family planning. The decentralization policy for family planning may lead to lower unmet need among poor women. This research aims to analyze impacts on decentralization policy for family planning in meeting contraceptive needs for poor households. This study was a survey panel using the Indonesia Demographic Health Survey (IDHS) of 2007. The subjects were all married women aged 15-49 years old. Data analysis used a multilevel modeling technique to assess the effect of individual and community factors on the unmet need for family planning. The unmet need in Indonesia was 9.2%, 8.6% and 9.1% for the year of 1997, 2002-2003 and 2007, respectively. Poorest women had higher odds of unmet need than richest (odds ratio, 1.4). The odds were also higher among women who never attending school, lack of contraceptive knowledge, unexposed with family planning information and problems in the access. In community level, the odds of unmet need was smaller when a woman lived in a community with higher mean of family planning knowledge. The implementation of decentralization policy on family planning was reduced the odds of unmet need for poor households in which the policy is then followed by the improvement of family planning knowledge for individual and community.

Key words: *contraceptive need, poor households, decentralization*

* *Ni'mal Baroya adalah Dosen Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember*

PENDAHULUAN

Akses pada pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk kontrasepsi yang aman dan efektif, merupakan hak asasi manusia. Hal ini menjadi kesepakatan *International Conference Population and Development (ICPD)* 1994 di Kairo Mesir. Oleh karena itu, setiap negara wajib menjamin terpenuhinya hak asasi setiap warganya. Indikator pemenuhan kebutuhan kontrasepsi terdiri atas 2 hal, yaitu: prevalensi pemakaian kontrasepsi dan persentase *unmet need* KB (Westoff dan Ochoa, 1991). Prevalensi pemakaian kontrasepsi merupakan angka perempuan usia subur yang ingin menunda atau membatasi kelahiran anak berikutnya dengan memakai alat/cara kontrasepsi. Adapun *unmet need* KB merupakan angka perempuan usia subur berisiko hamil yang tidak ingin menambah anak atau menunda mendapatkan anak lagi, tetapi tidak menggunakan cara-cara pencegahan kehamilan (PSKK dan BKKBN, 2004; Dinç *et al.*, 2007; Igwegbe *et al.*, 2009).

Prevalensi pemakaian kontrasepsi di Indonesia terus meningkat dari 47,9% pada Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1991 menjadi 61,4% pada SDKI 2007 (BPS dan Macro International, 2007). Namun, angka *unmet need* KB yang diharapkan menurun, justru meningkat dari 8,6% (BPS dan ORC Macro, 2003) menjadi 9,1% (BPS dan Macro International, 2007), sehingga target *unmet need* KB 6% pada RPJM 2004-2009 tidak tercapai. Salah satu penyebab *unmet need* KB adalah adanya biaya pemakaian kontrasepsi. Biaya tidak hanya menunjuk pada harga, biaya perjalanan, dan pelayanan tetapi termasuk biaya kesehatan, biaya psikologis, dan biaya sosial yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan mengadopsi, melanjutkan atau tidak memakai kontrasepsi (Easterlin, 1975).

Faktor kontekstual di komunitas seperti budaya pada masyarakat, keberadaan dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, karakteristik fisik daerah, faktor ekonomi makro, dan keberadaan jalur transportasi juga diduga merupakan penyebab dalam pemakaian kontrasepsi (Stephenson *et al.*, 2007). Analisis data survei demografi dan kesehatan dari 56 negara menemukan bahwa perempuan sangat miskin mempunyai anak 2 kali lebih banyak daripada perempuan sangat kaya (Gwatkin *et al.*, 2003). Di Indonesia, perempuan dengan status ekonomi lebih baik dan perempuan miskin mempunyai kemungkinan menggunakan kontrasepsi modern lebih besar daripada perempuan sangat miskin (OR 1,6 dan 1,4) (Schoemaker, 2005).

Pada tahun 1997, Indonesia dilanda krisis ekonomi sehingga mata uang tidak stabil, harga pangan, angka pengangguran dan jumlah orang miskin meningkat tajam (Stalker, 2000). Salah satu dampak krisis adalah pembiayaan keluarga berencana dari pemerintah turun drastis pada saat harga kontrasepsi meningkat tajam (Schoemaker, 2005). Krisis ekonomi berlanjut menjadi krisis multidimensi sehingga memaksa terjadinya reformasi politik dari sistem pemerintahan sentralisasi menjadi desentralisasi termasuk dalam pengelolaan program keluarga berencana. Kebijakan desentralisasi sudah digulirkan sejak tahun 1999 melalui Undang-undang nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah kemudian diperbaharui dengan Undang-undang nomor 32 tahun 2004, namun pelimpahan sebagian kewenangan pengelolaan program keluarga berencana dari Pemerintah

Pusat kepada kabupaten/kota baru dilaksanakan pada Januari 2004 (BKKBN, 2004). Untuk menjamin pelayanan KB berkualitas bagi masyarakat miskin pada masa desentralisasi, pemerintah menanggung biaya pelayanan kesehatan, termasuk KB, melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) atau Asuransi Keluarga Miskin (Askeskin) (BKKBN, 2006).

Perubahan situasi dan kebijakan KB di Indonesia terbukti tidak menurunkan prevalensi penggunaan kontrasepsi di Indonesia (Frankenberg *et al.*, 2003). Namun, belum ada kajian tentang pemenuhan kebutuhan kontrasepsi keluarga miskin. Di samping itu, sebagian besar penelitian sebelumnya mengabaikan fakta kontekstual. Padahal penggunaan data agregat sering menghasilkan interpretasi yang salah. Oleh karena itu diperlukan analisis faktor yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan kontrasepsi pada tingkat yang berbeda (Kalam dan Khan, 2002). Penelitian ini dimaksudkan mengkaji pemenuhan kebutuhan kontrasepsi keluarga miskin pada era desentralisasi KB di Indonesia dengan mempertimbangkan faktor kontekstual di komunitas. Dengan demikian, penelitian ini dapat memberikan informasi dasar untuk pengembangan program peningkatan pemenuhan kebutuhan kontrasepsi keluarga miskin yang tepat di masing-masing daerah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Data individu dan komunitas diperoleh dari SDKI tahun 2007. Pengumpulan sampel perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) yang representatif menggunakan teknik *stratified multistage cluster*. Kuesioner terdiri atas pertanyaan tentang fertilitas, keluarga berencana, data demografi, dan sosial ekonomi. Perempuan yang tidak kawin/janda, hamil yang kehamilannya diinginkan, menopause, ingin anak kurang dari 2 tahun, dan gagal KB dikeluarkan dari analisis. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007 dilaksanakan di 33 propinsi, 456 kabupaten/kota dengan total sampel 21166 responden.

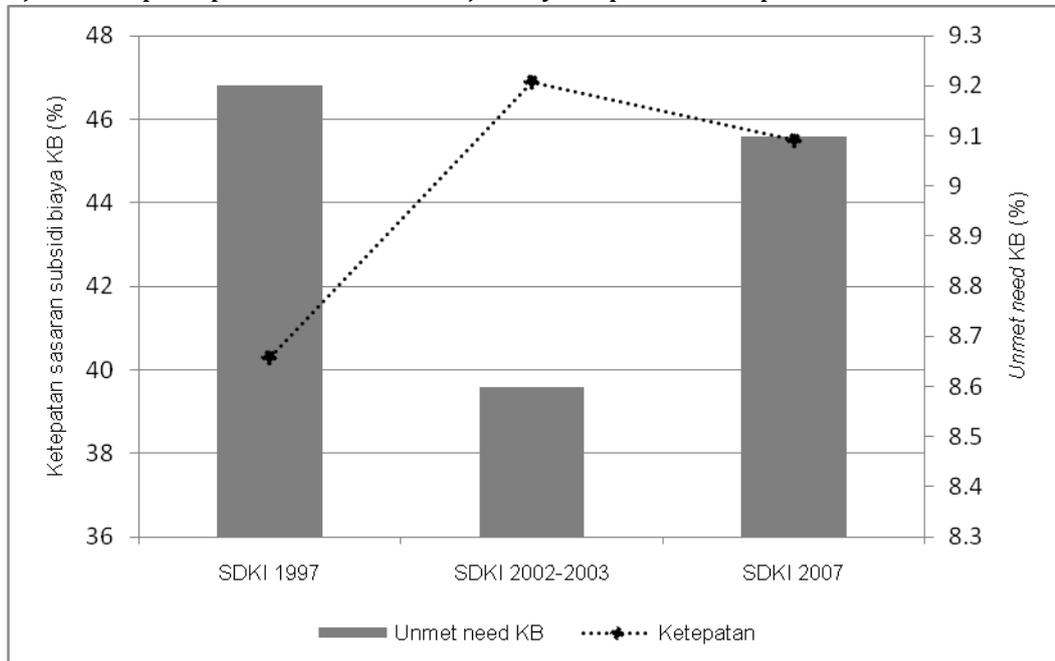
Variabel terikat penelitian ini adalah pemenuhan kebutuhan kontrasepsi dengan kategori *unmet need* KB (kebutuhan KB yang tidak terpenuhi dengan kode 1) dan *met need* KB (kebutuhan KB yang terpenuhi dengan kode 0). Variabel bebas penelitian ini terdiri atas 2 tingkat, yaitu individu dan komunitas. Variabel bebas tingkat individu terdiri atas status ekonomi keluarga, pendidikan, pengetahuan KB, paparan informasi KB, kemudahan akses ke pelayanan KB dan tempat tinggal. Adapun persentase ketepatan sasaran subsidi di komunitas, rata-rata lama pendidikan komunitas, rata-rata pengetahuan KB komunitas, persentase komunitas yang terpapar informasi KB, persentase komunitas yang mudah mengakses pelayanan KB dan persentase keluarga miskin di komunitas merupakan variabel bebas tingkat komunitas.

Analisis data yang dilakukan yaitu, analisis univariabel, analisis bivariabel menggunakan uji *chi square* (X^2) dengan *confidence interval* (CI) 95% dan analisis multivariabel menggunakan teknik *multilevel modeling*. Teknik *multilevel modeling* dilakukan untuk menguji pengaruh variabel prediktor tingkat individu dan

komunitas terhadap variabel terikat. Analisis ini dapat mengestimasi varian yang tidak dijelaskan pada *outcome* berdasarkan faktor komunitas yang tidak diobservasi. Secara umum estimasi varian disebut *random effect* (Bringenheimer dan Raudenbush, 2004; Goldstein, 2003). Hasil *fixed effect* dinyatakan dalam *odds ratio (OR)* dengan *confidence interval 95%*. Hasil *random effect* dinyatakan dalam *variance partition coefficient (VPC)* atau *intraclass correlation coefficients (ICC)*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis menunjukkan tren *unmet need* KB secara nasional mengalami fluktuasi. Pada periode 1997, *unmet need* KB sebesar 9,2% kemudian turun menjadi 8,6% pada periode 2002-2003 dan naik kembali menjadi 9,1% pada periode 2007. Ketepatan sasaran subsidi pembiayaan KB pada tingkat nasional juga mengalami fluktuasi. Pada masa desentralisasi, ketepatan sasaran justru mengalami penurunan. Hal ini dapat diketahui pada periode 1997, ketepatan sasaran hanya mencapai 40% kemudian meningkat menjadi 47% pada periode 2002-2003 dan sedikit turun menjadi 45% pada periode 2007. Lebih jelasnya dapat diamati pada Gambar 1.



Sumber: pengolahan data SDKI 1997, 2002-2003 dan 2007

Gambar 1. Persentase ketepatan sasaran subsidi pembiayaan KB dan *unmet need* KB di Indonesia tahun 1997, 2002-2003 dan 2007

Hasil analisis univariabel menunjukkan, mayoritas kebutuhan kontrasepsi responden sudah terpenuhi (86%), hanya 14% yang tidak terpenuhi. Persentase keluarga sangat miskin lebih besar daripada status ekonomi keluarga lainnya. Sebagian besar responden berpendidikan SD dan berpendidikan KB sedang. Lebih

dari setengahnya, responden tidak terpapar informasi KB (54%) dan tinggal di pedesaan (60%) serta mayoritas tidak mempunyai masalah akses ke pelayanan KB (83%).

Pada faktor komunitas, separuh kabupaten di Indonesia masih mempunyai 25% keluarga miskin. Rata-rata ketepatan sasaran subsidi pembiayaan KB mencapai 52%. Lima puluh persen kabupaten di Indonesia mempunyai rata-rata lama menempuh pendidikan 7 tahun, rata-rata pengetahuan KB sebesar 6,5 dan adanya masalah akses ke pelayanan KB sebesar 16%. Adapun rata-rata persentase komunitas yang terpapar informasi KB adalah 42%.

Hasil analisis bivariabel pada Tabel 1. memberikan gambaran bahwa peluang terjadi *unmet need* KB berturut-turut 2 dan 1,3 kali lebih besar pada wanita sangat miskin dan miskin dibandingkan dengan wanita sangat kaya. Wanita tidak sekolah dan berpendidikan SD mempunyai peluang terjadi *unmet need* KB berturut-turut 2 dan 1,2 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita berpendidikan tinggi. Demikian juga wanita yang berpengetahuan rendah mempunyai peluang terjadi *unmet need* KB 2 kali lebih besar daripada yang berpengetahuan tinggi. Tidak terpapar informasi KB dan mempunyai masalah akses ke pelayanan KB mempunyai peluang terjadi *unmet need* KB 1,5 kali lebih besar dibandingkan dengan yang terpapar dan mempunyai kemudahan akses ke pelayanan KB. Adapun wanita yang tinggal di pedesaan mempunyai peluang terjadi *unmet need* KB 1,2 kali lebih besar dibandingkan tinggal di perkotaan.

Tabel 1. Hubungan faktor individu dengan pemenuhan kebutuhan kontrasepsi di Indonesia tahun 2007

Variabel	<i>Met need</i> KB	<i>Unmet need</i> KB	OR (95% CI)
	n(%)	n(%)	
Faktor individu			
Status ekonomi			
Sangat miskin	4034(79,9)	1011(20,1)	1,9(1,77-2,25)*
Miskin	3741(86,0)	609(14,0)	1,3(1,14-1,47)*
Menengah	3410(87,5)	486(12,5)	1,1(0,99-1,30)
Kaya	3431(88,4)	450(11,6)	1,0(0,91-1,20)
Sangat kaya	3549(88,9)	445(11,1)	1
Pendidikan			
Tidak sekolah	813(78,4)	224(21,6)	1,9(1,59-2,43)*
SD	7652(85,3)	1320(14,7)	1,2(1,05-1,45)*
SMP	3984(86,5)	620(13,5)	1,1(0,93-1,32)
SMA	4380(87,1)	650(12,9)	1,0(0,89-1,26)
Pendidikan tinggi	1336(87,7)	187(12,3)	1
Pengetahuan KB			
Rendah	5114(80,5)	1238(19,5)	1,9(1,73-2,11)*
Sedang	7292(87,6)	1035(12,4)	1,1(1,02-1,24)*
Tinggi	5759(88,8)	728(11,2)	1

Paparan informasi KB			
Tidak terpapar	9488(83,4)	1883(16,6)	1,5(1,42-1,67)*
Terpapar	8677(88,6)	1118(11,4)	1
Akses pelayanan KB			
Masalah	2952(81,4)	674(18,6)	1,5(1,35-1,64)*
Tidak masalah	15213(86,7)	2327(13,3)	1
Tempat tinggal			
Pedesaan	10715(84,8)	1915(15,2)	1,2(1,13-1,32)*
Perkotaan	7450(87,3)	1086(12,7)	1

Keterangan: OR = Odds Ratio; CI= Confidence Interval; * = signifikan ($p < 0,05$)

Sumber: pengolahan data SDKI 2007

Berdasarkan faktor komunitas, persentase keluarga miskin dan akses ke pelayanan KB tidak mengubah besar peluang terjadi *unmet need* KB (OR=1,0; 95% CI=1,00-1,01). Rata-rata lama pendidikan, persentase terpapar informasi KB berpengaruh protektif sebesar 0,9 kali dan rata-rata pengetahuan KB juga berpengaruh protektif terhadap terjadinya *unmet need* KB (OR=0,8; 95% CI=0,7-0,8). Persentase ketepatan sasaran pembiayaan KB tidak signifikan terhadap pemenuhan kebutuhan kontrasepsi.

Tabel 2. Analisis multilevel menggunakan *generalized linear latent and mixed models*: pengaruh faktor individu dan faktor komunitas terhadap pemenuhan kebutuhan kontrasepsi di Indonesia tahun 2007

Variabel terikat: *unmet need* KB

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Faktor individu					
Status ekonomi					
Sangat miskin		1,6(1,35-1,93)*	1,5(1,28-1,79)*		1,4(1,21-1,72)*
Miskin		1,2(1,01-1,41)*	1,1(0,96-1,33)		1,1(0,94-1,32)
Menengah		1,1(0,92-1,28)	1,1(0,90-1,23)		1,1(0,88-1,22)
Kaya		1,0(0,88-1,19)	1,0(0,86-1,17)		1,0(0,86-1,16)
Sangat kaya		1	1		1
Pendidikan					
Tidak sekolah		1,3(1,06-1,51)*	1,3(1,06-1,52)*		1,3(1,06-1,52)*
SD		1	1		1
SMP		1,0(0,91-1,14)	1,0(0,92-1,15)		1,0(0,89-1,12)
SMA		1,1(0,98-1,25)	1,1(0,98-1,26)		1,0(0,93-1,19)
Pendidikan tinggi		1,2(1,00-1,48)*	1,2(1,00-1,48)*		1,1(0,94-1,37)
Pengetahuan KB					
Rendah		1,5(1,27-1,66)*	1,4(1,26-1,64)*		1,3(1,16-1,53)*
Sedang		1,0(0,91-1,15)	1,0(0,91-1,15)		0,9(0,88-1,12)

Tinggi	1	1	1	1	1
Paparan informasi KB					
Tidak terpapar	1,4(1,27-1,52)*	1,4(1,27-1,52)*		1,4(1,27-1,53)*	
Terpapar	1	1		1	
Akses pelayanan KB					
Masalah	1,2(1,03-1,29)*	1,2(1,02-1,28)*		1,1(1,02-1,27)*	
Tidak masalah	1	1		1	
Tempat tinggal					
Perkotaan	1,2(1,02-1,29)*				
Pedesaan	1				
Faktor komunitas					
Ketepatan sasaran			1,0(1,00-1,02)*	1,0(1,00-1,01)*	
Keluarga miskin			1,0(1,00-1,01)*	1,0(1,00-1,01)*	
Pendidikan			1,2(1,10-1,23)*	1,2(1,11-1,25)*	
Pengetahuan KB			0,8(0,72-0,83)*	0,8(0,76-0,87)*	
Paparan informasi KB			0,9(0,90-1,00)		
Akses pelayanan KB			1,0(0,99-1,01)		
Random effect					
Random variance	0,53	0,45	0,45	0,32	0,34
Standart error	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04
ICC (%)	13,8*	12,1*	12,2*	8,9*	9,4*
Model fit statistics					
DIC	16685,4	16427,1	16432,8	16553,9	16356,6
n1	21166	21166	21166	21166	21166
n2	456	456	456	456	456

Keterangan : SE = Standard error; * = signifikan ($p\text{-value} < 0,05$); DIC = Deviance Information Criterion;

n1 = besar sampel individu; n2 = besar sampel kabupaten

Sumber: pengolahan data SDKI 2007

Tabel 2. menunjukkan hasil analisis multilevel modeling pemenuhan kebutuhan kontrasepsi keluarga miskin pada masa desentralisasi. Variasi random

komunitas dan *standard error* pada model 1 secara berturut-turut 0,53 dan 0,05. Adapun koefisien korelasi antar komunitas sebesar 13,8%. Hal ini berarti, variasi peluang terjadi *unmet need* KB yang disebabkan oleh variasi komunitas sebesar 13,8% dan variasi tersebut signifikan.

Model 2 dibangun dengan menambahkan variabel tingkat individu. Pada model ini, wanita sangat miskin dan miskin berpeluang terjadi *unmet need* KB berturut-turut 1,6 dan 1,2 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita sangat kaya. Wanita kaya mempunyai peluang hampir sama dengan wanita sangat kaya. Berdasarkan tingkat pendidikan, wanita tidak sekolah dan pendidikan tinggi berpeluang terjadi *unmet need* KB lebih besar dibandingkan yang sekolah dasar. Pengetahuan KB yang rendah berpeluang terjadi *unmet need* KB 1,5 kali lebih besar dibandingkan dengan pengetahuan tinggi. Adapun faktor individu lainnya yang juga signifikan berpeluang terjadi *unmet need* KB adalah tidak terpapar informasi KB ($OR=1,4$; 95% $CI=1,3-1,5$), adanya masalah pada akses pelayanan KB ($OR=1,2$; 95% $CI=1,0-1,3$) dan tinggal di daerah perkotaan ($OR=1,2$; 95% $CI=1,0-1,3$).

Setelah mengikutsertakan variabel tingkat individu, variasi peluang terjadi *unmet need* KB menurut komunitas tetap signifikan dan turun menjadi 0,45 dengan *standard error* 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa beberapa perbedaan antar komunitas dapat disebabkan oleh faktor individu dan oleh variasi antar komunitas yang tidak diobservasi. Berdasarkan nilai koefisien korelasi antar komunitas, dapat diketahui bahwa, variasi peluang terjadi *unmet need* KB yang disebabkan oleh variasi di tingkat komunitas turun menjadi 12%.

Model 3 menyertakan variabel tingkat individu tanpa variabel tempat tinggal karena terdapat hubungan signifikan antara status ekonomi dengan tempat tinggal. Hasil uji multikolinieritas menunjukkan adanya perubahan *odds ratio unmet need* KB pada faktor tempat tinggal di kota dari 0,8 menjadi 1,1 setelah menyertakan variabel status ekonomi. Hasil tabulasi silang juga menunjukkan, keluarga miskin lebih banyak yang tinggal di desa (39,4%) daripada di kota (5,9%), sebaliknya keluarga sangat kaya yang tinggal di desa hanya 5% dan 38% tinggal di kota. Pada model ini, peluang terjadi *unmet need* KB juga mengalami perubahan hanya pada status ekonomi sangat miskin dari 1,6 pada model 2 menjadi 1,5 pada model 3. Koefisien korelasi antar komunitas sebesar 12,1% dan tetap signifikan.

Model 4 menunjukkan, ketepatan sasaran subsidi pembiayaan KB dan persentase keluarga miskin di komunitas, secara praktis tidak mengubah peluang terjadinya *unmet need* KB. Tinggal di komunitas yang rata-rata lama pendidikannya lebih tinggi, peluang terjadi *unmet need* KB juga lebih tinggi ($OR=1,2$; 95% $CI=1,1-1,2$). Sebaliknya, tinggal di komunitas yang rata-rata pengetahuan KB lebih tinggi, berpeluang terjadi *unmet need* KB lebih rendah ($OR=0,8$; 95% $CI=0,7-0,8$). Persentase komunitas yang terpapar informasi KB lebih tinggi berpeluang terjadi *unmet need* KB lebih rendah, namun tidak bermakna secara statistik. Tinggal di komunitas yang persentase masalah pada akses KB lebih tinggi, secara praktis tidak meningkatkan peluang terjadi *unmet need* KB. Dengan penambahan faktor komunitas, variasi random komunitas sebesar 0,53, *standard error*=0,04 dan koefisien korelasi antar komunitas sebesar 8,9%. Dengan demikian faktor komunitas ini signifikan menjelaskan beberapa perbedaan antar kluster dengan

variasi peluang terjadi *unmet need* KB yang disebabkan oleh variasi di tingkat komunitas sebesar 8,9%.

Pada model 5, peluang terjadi *unmet need* KB tetap cenderung semakin besar ketika status ekonomi semakin rendah. Namun, hanya status ekonomi sangat miskin yang signifikan ($OR=1,4$; 95% $CI=1,3-1,8$). Wanita yang tidak sekolah mempunyai peluang terjadi *unmet need* KB 1,3 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita sekolah dasar dan signifikan. Peluang terjadi *unmet need* KB lebih besar pada wanita yang berpengetahuan KB rendah daripada yang berpengetahuan tinggi ($OR=1,3$; 95% $CI=1,2-1,5$). Adapun faktor individu lainnya yang signifikan adalah tidak terpapar informasi KB ($OR=1,4$; 95% $CI=1,3-1,5$) dan adanya masalah pada akses pelayanan KB ($OR=1,1$; 95% $CI=1,0-1,3$). Pada model ini, persentase terpapar informasi KB dan persentase adanya masalah pada akses pelayanan KB tidak diikutsertakan karena tidak signifikan pada model sebelumnya.

Pada faktor komunitas, persentase ketepatan sasaran dan persentase keluarga miskin secara praktis tidak berpengaruh terhadap peluang terjadi *unmet need* KB. Tinggal di komunitas berpendidikan tinggi, berpeluang terjadi *unmet need* KB lebih besar ($OR=1,2$; 95% $CI=1,1-1,2$), namun, ketika tinggal di komunitas berpengetahuan tinggi, peluang terjadi *unmet need* KB semakin kecil ($OR=0,9$; 95% $CI=0,8-0,9$).

Setelah memperhitungkan faktor individu dan komunitas pada model 5, terdapat heterogenitas berdasarkan kluster. Hal ini dibuktikan dengan variasi random komunitas sebesar 0,34 dengan *standard error* 0,04 dan signifikan. Berdasarkan nilai koefisien korelasi antar komunitas, variasi peluang terjadi *unmet need* KB yang disebabkan oleh variasi di tingkat komunitas sebesar 9,4%. Dengan demikian dapat disimpulkan, terdapat faktor komunitas yang tidak diobservasi yang berhubungan dengan peluang terjadi *unmet need* KB. Model ini merupakan model parsimonius karena mempunyai nilai *deviance information criterion (DIC)* terkecil (16356,6).

Penelitian ini bertujuan mengkaji pemenuhan kebutuhan kontrasepsi keluarga miskin di Indonesia pada masa desentralisasi dengan menganalisis data SDKI 2007. Hasil analisis menunjukkan, pelaksanaan desentralisasi pengelolaan program KB meningkatkan persentase *unmet need* KB secara nasional, namun menurunkan peluang terjadi *unmet need* KB pada wanita sangat miskin. Perubahan kebijakan menjadikan pemberian subsidi semakin tepat sasaran pada keluarga miskin. Rata-rata persentase ketepatan sasaran di kabupaten meningkat dari 38% menjadi 52%. Hal ini membuktikan penerapan desentralisasi pengelolaan KB memberikan dampak positif terhadap pemenuhan kebutuhan kontrasepsi pada keluarga miskin.

Penelitian sebelumnya melaporkan, wanita sangat kaya berpeluang memakai kontrasepsi lebih besar daripada wanita sangat miskin (Stephenson dan Tsui, 2002; Schoemaker, 2005; Stephenson *et al.*, 2007; Stephenson *et al.*, 2008a). Di Ethiopia, peluang terjadi *unmet need* KB 4,3 kali lebih besar pada wanita sangat miskin daripada wanita sangat kaya (Bizuneh *et al.*, 2008). Berdasarkan hasil analisis SDKI 2001-2003, *unmet need* KB keluarga miskin sebesar 19% sedangkan pada keluarga kaya hanya 11% (Schoemaker, 2005). Kebijakan kependudukan dan

reformasi ekonomi berpengaruh terhadap penurunan tren fertilitas di Provinsi Guangdong China (1975-2005) (Chen *et al.*, 2010). Penelitian lain menemukan terdapat kesenjangan pemakaian kontrasepsi pada penduduk sangat miskin dengan rata-rata nasional di 55 negara, meskipun pendapatan per kapita suatu negara terus meningkat (Gakidou dan Vayena, 2007).

Keterbatasan akses dan biaya kontrasepsi menjadi penyebab umum *unmet need* KB. Biaya sering menjadi hambatan pemanfaatan pelayanan kesehatan di negara berkembang (Bloom *et al.*, 1999; Griffiths dan Stephenson, 2001). Pengeluaran biaya pelayanan dan transportasi meskipun kecil, keduanya menjadi kebutuhan klien (Bongaarts dan Bruce, 1995). Di negara berkembang, pendapatan lebih tinggi berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan lebih sering dan lebih intensif, lebih banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan modern daripada tradisional dan terkait dengan jumlah anak serta usia pertama mempunyai anak (Wagstaff, 2002). Dengan demikian, untuk meningkatkan pemenuhan kebutuhan kontrasepsi keluarga miskin, tidak cukup hanya melalui desentralisasi pengelolaan KB, pemberian subsidi dan kebijakan pertumbuhan ekonomi, tetapi diperlukan kebijakan lain yang memungkinkan keluarga miskin mengadopsi dan mendapatkan pelayanan kontrasepsi. Dengan melanjutkan penyediaan kontrasepsi di pelayanan kesehatan pemerintah bagi keluarga miskin, akan dapat melindungi perempuan dari ancaman meningkatnya kesenjangan pemakaian kontrasepsi modern berdasarkan status sosial ekonomi (Agha dan Do, 2008).

Berdasarkan pendidikan individu, wanita yang tidak sekolah berpeluang terjadi *unmet need* KB 1,3 kali lebih besar dibandingkan dengan yang berpendidikan sekolah dasar. Penelitian sebelumnya menemukan, wanita Ethiopia yang tidak sekolah berpeluang terjadi *unmet need* KB 2,3 kali lebih besar dibandingkan dengan yang sekolah menengah atau lebih tinggi (Bizuneh *et al.*, 2008). Penelitian di Tanzania, Uttar Pardesh India dan Eastern Cape Afrika Selatan menemukan, pemakaian kontrasepsi meningkat sesuai dengan tingkat pendidikan (Stephenson dan Tsui, 2002; Ayoub, 2004; Stephenson *et al.*, 2008a). Pemakaian kontrasepsi modern di Sub-Sahara Afrika (kecuali di Ghana) juga meningkat sesuai tingkat pendidikan wanita (Stephenson *et al.*, 2007).

Meningkatnya pendidikan wanita akan meningkatkan kesempatan untuk bekerja dan berkarier sehingga mengurangi keinginan untuk memiliki jumlah anak yang lebih banyak. Wanita berpendidikan tinggi lebih mudah menerima informasi tentang kontrasepsi sehingga memahami manfaat pemakaian kontrasepsi. Kekuatan pengaruh pendidikan wanita hendaknya menjadi pijakan yang penting dalam meningkatkan kemandirian wanita dalam pengambilan keputusan dan kesadaran dalam merawat kesehatannya (Stephenson dan Tsui, 2002).

Setelah dikontrol dengan variabel komunitas, wanita berpendidikan menengah dan berpendidikan tinggi, berpeluang terjadi *unmet need* KB lebih besar dibandingkan dengan wanita sekolah dasar. Fenomena terbalik hasil penelitian ini dimungkinkan karena, terdapat hubungan yang kuat antara variabel status ekonomi dengan tingkat pendidikan. Hasil analisis tabulasi silang menunjukkan, keluarga sangat miskin dan miskin lebih banyak yang tidak sekolah dan berpendidikan SD,

sedangkan keluarga sangat kaya, lebih banyak berpendidikan SMA dan perguruan tinggi.

Hasil penelitian ini sesuai hasil penelitian di Bangladesh dan di Mali yang tidak menemukan hubungan signifikan antara pendidikan dengan pemakaian kontrasepsi (Kalam dan Khan, 2002; Kaggwa *et al.*, 2008). Tidak ditemukan penyebab yang jelas terhadap hasil penelitian di Mali. Diperkirakan karena norma *pronatalist* sangat berakar di Mali bahkan pada wanita berpendidikan, sehingga mereka tidak mempunyai nilai positif terhadap pemakaian kontrasepsi sebelum mendapatkan jumlah anak yang diinginkan (Kaggwa *et al.*, 2008). Berdasarkan hasil penelitian ini, diperkirakan ada kesamaan situasi di Indonesia dengan Mali, yakni semakin berkembangnya norma *pronatalist* di kalangan wanita berpendidikan tinggi.

Pengetahuan KB rendah berpeluang terjadi *unmet need* KB lebih besar daripada yang berpengetahuan tinggi. Buruknya pengetahuan kontrasepsi bertepatan dengan prevalensi pemakaian kontrasepsi yang rendah. Tidak ada negara yang mempunyai indeks pengetahuan tentang kontrasepsi di bawah 50%, mempunyai prevalensi kontrasepsi di atas 30% (Bongaarts and Bruce, 1995). Namun, hasil penelitian di Ethiopia dan Nnewi South-east Nigeria menemukan, pengetahuan tentang metode kontrasepsi tidak signifikan menjadi determinan *unmet need* KB (Bizuneh *et al.*, 2008; Igwegbe *et al.*, 2009).

Wanita harus tahu tentang metode kontrasepsi, cara mendapatkan, termasuk harganya dan cara pemakaian metode kontrasepsi yang dipilih. Informasi yang buruk atau tidak benar tentang kemungkinan efek samping metode tertentu terhadap kesehatan, dapat menyebabkan wanita mengurungkan memakai kontrasepsi (Casterline *et al.*, 1997). Hanya memberikan informasi KB, belum mampu mengubah sikap wanita terhadap praktik ber-KB. Oleh karena itu, perlu upaya lebih untuk menemukan faktor sosial, budaya dan agama yang membatasi kemampuan perempuan untuk mengakses pelayanan kontrasepsi.

Peluang terjadi *unmet need* KB lebih besar pada wanita tidak pernah terpapar informasi KB. Penelitian sebelumnya di Mali, Uttar Pardesh India dan Sub-Sahara Afrika (kecuali Ghana dan Tanzania) menemukan paparan informasi KB 6 bulan yang lalu, berpeluang memakai kontrasepsi modern lebih besar daripada yang tidak terpapar (Stephenson dan Tsui, 2002; Stephenson *et al.*, 2007; Kaggwa *et al.*, 2008). Di Indonesia, wanita yang terpapar informasi KB, juga berpeluang memakai kontrasepsi lebih besar daripada yang tidak terpapar (berturut-turut OR=1,5 dan OR=1,3) (Schoemaker, 2005). Namun, hasil penelitian sebelumnya di Ethiopia menemukan, paparan informasi KB tidak signifikan menjadi determinan *unmet need* KB (Bizuneh *et al.*, 2008) dan di Uganda juga tidak menemukan adanya pengaruh signifikan pada paparan program kesehatan melalui radio terhadap perilaku ber-KB (Paek *et al.*, 2008).

Media massa mempunyai kekuatan mencapai target sasaran lebih cepat dengan cakupan lebih luas. Media massa berpengaruh kuat terhadap kesadaran, sikap dan perilaku kesehatan reproduksi melalui program pendidikan dan hiburan yang beragam (Noar, 2006). Dampak media massa pada beberapa individu mungkin

sangat tipis, namun efek kumulatif pada seluruh penduduk bisa sangat berarti (Islam *et al.*, 2008).

Salah satu penghambat adopsi kontrasepsi adalah akses ke pelayanan KB. Hasil penelitian ini menunjukkan, wanita yang mempunyai masalah akses ke pelayanan KB, berpeluang terjadi *unmet need* KB 1,2 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mempunyai masalah. Penelitian sebelumnya melaporkan, persentase wanita Indonesia yang tidak memakai kontrasepsi karena alasan sulit mendapatkan, tidak berubah dari tahun 1993-1998 (Frankenberg *et al.*, 2003). Salah satu alasan tidak memakai kontrasepsi pada wanita *unmet need* KB adalah buruknya akses atau terlalu jauh ke tempat mendapatkan kontrasepsi (Bizuneh *et al.*, 2008; Schoemaker, 2005; Igwegbe *et al.*, 2009).

Pasangan harus mempunyai akses untuk mendapatkan metode kontrasepsi supaya dapat mengadopsinya. Hubungan langsung diharapkan terjadi antara ketersediaan metode kontrasepsi dengan prevalensi pemakaiannya (Bongaarts dan Bruce, 1995). Namun demikian, perbedaan prevalensi kontrasepsi pada perempuan yang mempunyai jarak terdekat ke tempat pelayanan dengan yang terjauh hanya 5 persen (Wilkinson *et al.*, 1991). Akses merupakan faktor kunci dalam mengadopsi kontrasepsi karena menentukan individu kontak dengan petugas KB (Bertrand *et al.*, 1995).

Analisis bivariabel penelitian ini mendapatkan peluang terjadi *unmet need* KB 1,2 lebih besar pada wanita yang tinggal di desa daripada yang di kota. Namun, analisis multivariabel memberikan hasil peluang terjadi *unmet need* KB lebih besar pada wanita yang tinggal di kota daripada di desa. Penelitian sebelumnya melaporkan, peluang terjadi *unmet need* KB 4 kali lebih besar pada wanita Ethiopia yang tinggal di desa daripada di kota (Bizuneh *et al.*, 2008). Di Eastern Cape Afrika Selatan, wanita yang tinggal di kota, mempunyai kemungkinan memakai kontrasepsi lebih besar daripada yang tinggal di desa (Stephenson *et al.*, 2008a). Berdasarkan analisis data SDKI 2002-2003, wanita Indonesia di desa berpeluang memakai kontrasepsi modern 1,2 kali lebih besar daripada wanita di kota (Schoemaker, 2005). Penelitian di negara Sub-Sahara Afrika tidak menemukan hubungan signifikan antara tempat tinggal di desa dan kota dengan kemungkinan memakai kontrasepsi modern (Stephenson *et al.*, 2007).

Penentuan tempat tinggal responden menjadi desa dan kota dalam penelitian ini menggunakan pendekatan ketersediaan sarana pelayanan publik serta infrastruktur wilayah menurut BPS, tanpa mempertimbangkan pendekatan perilaku dan budaya masyarakat pedesaan dan perkotaan sehingga diperkirakan ada bias dalam penentuan tempat tinggal responden berdasarkan pedesaan dan perkotaan. Di samping itu, berdasarkan hasil analisis tabulasi silang antara variabel tempat tinggal dengan status ekonomi menunjukkan, terdapat hubungan yang bermakna antara variabel tempat tinggal dengan status ekonomi sehingga variabel tempat tinggal dikeluarkan dari model. Hasil analisis tabulasi silang menunjukkan, mayoritas keluarga miskin dan sangat miskin tinggal di desa, sedangkan keluarga sangat kaya sebagian besar tinggal di perkotaan. Dengan demikian, pada masa desentralisasi ketika program pemberian subsidi pembiayaan KB khusus diberikan kepada keluarga miskin, juga akan menurunkan *unmet need* KB di pedesaan.

Faktor komunitas yang berpengaruh signifikan terhadap *unmet need* KB adalah rata-rata lama pendidikan dan rata-rata pengetahuan KB. Wanita yang tinggal di komunitas dengan rata-rata lama pendidikan lebih tinggi, mempunyai peluang terjadi *unmet need* KB lebih tinggi. Sedangkan wanita yang tinggal di komunitas dengan rata-rata pengetahuan KB lebih tinggi, mempunyai peluang terjadi *unmet need* KB lebih rendah. Penelitian sebelumnya melaporkan, tingginya tingkat pendidikan komunitas berhubungan dengan rendahnya tingkat fertilitas (Kravdal, 2002). Perempuan yang tinggal di daerah dengan rasio pendidikan laki-laki dan perempuan lebih tinggi, kemungkinan memakai kontrasepsi lebih rendah (Stephenson *et al.*, 2008b). Tingkat pendidikan komunitas dapat mempengaruhi norma yang berlaku yang berkaitan dengan pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi melalui peningkatan tingkat otonomi wanita (Stephenson *et al.*, 2007). Tinggal di komunitas yang memfasilitasi adanya kesempatan lebih sedikit bagi perempuan, akan mengakumulasi modal sosial yang menghambat pemakaian kontrasepsi (Stephenson *et al.*, 2008b).

Setelah mengikutsertakan faktor individu dan komunitas dalam analisis, koefisien korelasi antar komunitas sebesar 10,3%. Hal ini berarti, hasil penelitian ini tidak sepenuhnya menjelaskan variasi peluang terjadi *unmet need* KB pada tingkat komunitas, karena terdapat faktor di komunitas yang berpengaruh tetapi diabaikan dalam analisis. Adanya variasi tersebut juga terdapat pada penelitian sebelumnya (Amin *et al.*, 2002; Stephenson dan Tsui, 2002; Stephenson *et al.*, 2007), yang seringkali disebabkan oleh faktor komunitas yang tidak biasa dikumpulkan dalam survei karena faktor tersebut kurang nyata atau sulit diukur. Misalnya, jaringan sosial dan kepercayaan tentang pemakaian kontrasepsi di komunitas, mungkin berpengaruh kuat dalam memutuskan memakai kontrasepsi. Wanita memutuskan mengadopsi perilaku ber-KB atau memakai kontrasepsi tertentu, merupakan hasil dari mengetahui metode yang diadopsi komunitas. Disamping itu, seringkali keputusan individu untuk mengadopsi metode kontrasepsi secara kuat dipengaruhi oleh anggapan wanita terhadap komunitas di lingkungannya akan menyetujui dan tidak menghakimi pilihan-pilihan perilakunya (Rutenberg dan Watkins, 1997; Potter, 1999; Stephenson *et al.*, 2008a).

Faktor jaringan sosial sebagai kekuatan yang penting dalam menjelaskan variasi pemakaian kontrasepsi di Thailand pedesaan karena jaringan sosial memudahkan wanita mengakses informasi tentang kontrasepsi dan menyebarkan sikap yang positif pada kontrasepsi (Entwisle *et al.*, 1996). Jaringan sosial dapat memfasilitasi proses berbagi pengalaman yang positif dari pemakai pertama (*early adopter*) kepada anggota komunitas lainnya, sehingga menjadikan metode tertentu lebih populer (Stephenson *et al.*, 2008b).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut: 1) Penerapan desentralisasi pengelolaan program KB meningkatkan *unmet need* KB

secara nasional, 2) Peluang terjadi *unmet need* KB lebih besar pada wanita sangat miskin, tidak sekolah, berpengetahuan KB rendah, tidak terpapar informasi KB dan punya masalah pada akses ke pelayanan KB. Peluang terjadi *unmet need* KB juga menjadi lebih kecil ketika wanita tinggal di komunitas dengan rata-rata pengetahuan KB lebih besar, namun peluang tersebut menjadi lebih besar meskipun wanita tinggal di komunitas dengan rata-rata lama sekolah lebih tinggi, dan 3) Dengan mempertimbangkan faktor individu dan komunitas, pada masa desentralisasi pengelolaan program KB masih terjadi kesenjangan peluang terjadi *unmet need* KB antara wanita sangat miskin dan sangat kaya.

Saran

Saran yang dapat disampaikan berdasarkan hasil penelitian adalah: 1) untuk mengurangi terjadinya *unmet need* KB pada keluarga miskin, BKKBN selaku *leading sector* dalam program KB di Indonesia, perlu merevitalisasi kembali kampanye KB melalui media massa dengan materi kampanye yang lebih lengkap, meliputi metode kontrasepsi yang tersedia, tempat pelayanan yang dapat diakses terutama bagi keluarga miskin dan prosedur untuk mendapatkan pelayanan; 2) untuk mengurangi ketidakseimbangan antara permintaan pelayanan KB (*demand side*) dengan ketersediaan pelayanan KB (*supply side*) diperlukan peningkatan koordinasi lintas sektor antara BKKBN dengan Kementerian Kesehatan, BKKBN provinsi dengan Dinas Kesehatan provinsi, Badan Kependudukan Kabupaten dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang mekanisme pelaksanaan program yang lebih seimbang bagi keluarga miskin dan tidak miskin dan strategi meningkatkan kualitas program dan pelayanan KB; dan 3) untuk penelitian selanjutnya, perlu menggali faktor penyebab peluang terjadi *unmet need* KB lebih besar pada pendidikan tinggi melalui pendekatan penelitian kualitatif serta mempertimbangkan aspek akses yang lebih lengkap (kemudahan dijangkau dari segi jarak, harga, tempat dan prosedur mendapat pelayanan) di lingkungan komunitas, sehingga diperoleh pemahaman yang utuh tentang kontribusi komunitas dalam membentuk perilaku ber-KB pada individu.

DAFTAR RUJUKAN

- Agha, S. & Do, M. 2008. Does an expansion in private sector contraceptive supply increase inequality in modern contraceptive use? *Health Policy and Planning*, (23): 465-574.
- Amin, S., Basu, A. M. & Stephenson, R. 2002. Spatial variation in contraceptive use in Bangladesh: Looking beyond the borders. *Demography*, 39(2): 251-268.
- Ayoub, A. S. 2004. Effects of woman's schooling on contraceptives use and fertility in Tanzania. *African Population Studies*, 19(2): 139-157.

- Bertrand, J. T., Hardee, K., Magnani, R. J. & Angle, M. A. 1995. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives*, (21): 64-74.
- Bizuneh, Genene, Shiferaw, S. & Melkamu, Y. 2008. *Unmet need and evaluation of programme options to meet unmet need for contraception in Ethiopia, 2000-2005: further analysis of the 2000 and 2005 Ethiopia Demographic and Health Surveys*, Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.
- BKKBN. 2004. *Pelaksanaan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi bagi Penduduk Miskin*, Jakarta: BKKBN Pusat.
- BKKBN. 2006. *Pedoman teknis pelayanan KB berkualitas yang dibiayai pemerintah melalui sistem ASKESKIN*, Jakarta: BKKBN, Departemen Kesehatan dan PT. Askes.
- Bloom, S. S., Lippeveld, T. & Wypij, D. 1999. Does antenatal care make a difference to safe delivery? a study in urban Uttar Pardesh, India. *Health Policy and Planning*, 14(1): 38-48.
- Bongaarts, J. & Bruce, J. 1995. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* 26(2): 57-75.
- BPS & Macro International. 2007. *Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2007*, Calverton, Maryland, USA: BPS, Macro International.
- BPS & ORC Macro. 2003. *Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2002-2003*, Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
- Bringenheimer, J. B. & Raudenbush, S. W. 2004. Statistical and substantive inferences in public health: issues in the application of multilevel models *Annual Review of Public Health*, (25): 53-77.
- Casterline, J. B., Perez, A. E. & Biddlecom, A. E. 1997. Factors underlying unmet need in the Philippines. *Studies in Family Planning*, 28(3): 173-191.
- Chen, J., Retherford, R. D., Choe, M. K., Xiru, L. & Hongyan, C. 2010. Effects of population policy and economic reform on the trend in fertility in Guangdong provinsi, Chine, 1975-2005. *Population Studies*, 64(1): 43-60.
- Dinç, G., Eser, E., Cihan, U. A., Ay, S., Pala, T., Ergör, G. & Özcan, C. 2007. Fertility preferences, contraceptive behaviors and unmet needs: a gap between urban and suburban parts of a city. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care March*, 12(1): 86-94.
- Easterlin, R. A. 1975. An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, 6(3): 54-62.
- Entwisle, B., Rindfuss, R. R., Guilkey, D. K., Chamrathirong, A., Curran, S. R. & Sawangdee, Y. 1996. Community and contraceptive choice in Rural Thailand: a case study of Nang Rong. *Demography*, 33(1): 1-11.

- Frankenberg, E., Sikoki, B. & Suriastini, W. 2003. Contraceptive use in a changing service environment: evidence from Indonesia during the economic crisis. *Studies in Family Planning*, 34(2): 103-116.
- Gakidou, E. & Vayena, E. 2007. Use of modern contraception by the poor is falling behind. *Plos Medicine*, 4(2): 0381-0289.
- Goldstein, H. 2003. *Multilevel Statistical Models*, London: Arnold.
- Griffiths, P. & Stephenson, R. 2001. Understanding users' perspectives of barriers to maternal health care use in Maharashtra, India. *Journal of Biosocial Science*, 33(3): 339-359.
- Gwatkin, D. R., Rutstein, S., Johnson, K., Suliman, E., Wagstaff, A. & Amouzou, A. 2003. *Initial country level information about socio-economic differences in health, nutrition, and population*, Washington DC: World Bank
- Igwegbe, A. O., Ugboaja, J. O. & Monago, E. N. 2009. Prevalence and determinants of unmet need for family planning in Nnewi, south-east Nigeria. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, 1(8): 325-329.
- Islam, M. R., Islam, M. A. & Banowari, B. 2008. Determinants of exposure to mass media family planning messages among indigenous people in Bangladesh: a study on the Garo. *Journal of Biosocial Science*, 1-9.
- Kaggwa, E. B., Diop, N. & Storey, J. D. 2008. The role of individual and community normative factors: a multilevel analysis of contraceptive use among women in Union in Mali. *International Family Planning Perspectives*, 34(2): 79-88.
- Kalam, E. M. N. & Khan, H. T. A. 2002. Modeling contraceptive prevalence in Bangladesh: A hierarchical approach. In: Brenda Yeoh, Vipin Prachuabmoh, Wolfgang Lutz & Evi Nurvida Arifin (eds.) *Asian Metacentre Research Paper series no. 5*. Singapore: Asian Metacentre for population and sustainable development analysis.
- Kravdal, O. 2002. Education and fertility in Sub-Sahara Africa: individual and community effects. *Demography*, 39(2): 233-250.
- Noar, S. M. 2006. A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? . *Journal of Health Communication*, (11): 21-42.
- Paek, H.-J., Lee, B., Salmon, C. T. & Witte, K. 2008. The contextual effects of gender norms, communication, and social capital on family planning behaviors in Uganda: A multilevel approach. *Health Education & Behavior*, 35(4): 461-477.
- Potter, J. E. 1999. The persistence of outmoded contraceptive regimes: the case of Mexico. *Population and Development Review*, 25(4): 703-739.
- PSKK & BKKBN. 2004. *Pengembangan model sistem monitoring unmet need*, Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan & Bagian Proyek Pengembangan Kebijakan KB-Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional.

- Rutenberg, N. & Watkins, S. C. 1997. The buzz outside the clinics: conversation and contraception in Nyanza Province Kenya. *Studies in Family Planning*, 28(4): 290-307.
- Schoemaker, J. 2005. Contraceptive use among the poor in Indonesia. *International Family Planning Perspectives*, 31(3): 106-114.
- Stalker, P. 2000. *Beyond krismon: the social legacy of Indonesia's financial crisis*, Florence, Italy: United Nations Children's Fund.
- Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M. & Madise, N. 2007. Contextual influence on modern contraceptive use in Sub-Saharan Africa. *American Journal of Public Health* 97(7): 1233-1240.
- Stephenson, R., Beke, A. & Tshibangu, D. 2008b. Community and health facility influences on contraceptive method choice in the Eastern Cape, South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 34(2): 62-70.
- Stephenson, R., Beke, A. & Tsibangu, D. 2008a. Contextual influence on contraceptive use in the Eastern Cape, South Africa. *Health & Place*, (14): 841-852.
- Stephenson, R. & Tsui, A. O. 2002. Contextual influence on reproductive health service use in Uttar Pardesh, India. *Studies in Family Planning*, 33(4): 309-320.
- Wagstaff, A. 2002. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2): 97-105.
- Westoff, C. & Ochoa, L. H. 1991. *Unmet need and the demand for family planning. DHS Comparative Studies No. 5*, Columbia, Maryland: Institute for Resource Development.
- Wilkinson, M., Abderrahim, N. & Njogu, W. 1991. Availability and use of contraception: A comparative analysis. In: *Proceeding of the Demographic and Health Survey World Conference*. Vol. 2. , 1991 Columbia, MD. Institute for Resource Development/Macro System.