

Unmet Need : **Upaya Pengendalian Jumlah Penduduk**



**Sri Suharsih
Astuti Rahayu
Eko Amiadji Julianto**



LPPM UPN "Veteran" Yogyakarta

Unmet Need : Upaya Pengendalian Jumlah Penduduk

Sri Suharsih
Astuti Rahayu
Eko Amiadji Julianto

Copyright @ Sri Suharsih, Astuti Rahayu, Eko
Amiadji Julianto

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Cetakan Pertama, Juli 2022
ISBN 978-623-3891-11-0

Diterbitkan oleh:
Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada
Masyarakat UPN “Veteran” Yogyakarta
Jl. SWK 104 (Lingkar Utara) , Condongcatur,
Yogyakarta, 55283
Telp. (0274)486188, 486733, Fax. (0274) 486400

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala Rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan buku “*Unmet Need: Upaya Pengendalian Jumlah Penduduk*” dapat selesai dengan lancar. Pengendalian penduduk merupakan bagian penting dari keberlanjutan pembangunan kependudukan di masa datang, sehingga perlu dilakukan edukasi kepada masyarakat.

Buku ini mencoba menguraikan apa itu bonus demografi, program KB, *unmet need* KB, dan bagaimana pentingnya pengendalian penduduk dalam rangka mencapai tujuan nasional masyarakat yang sejahtera. Buku dapat menambah referensi yang diperlukan bagi pengembangan pengetahuan tentang kependudukan.

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) UPN “Veteran” Yogyakarta yang telah mendanai penelitian yang dilakukan oleh penulis dan menyusun buku ini sebagai salah satu luarannya. Tak lupa kami ucapkan terima kasih kepada pihak yang telah berkontribusi dalam proses penyusunan buku. Semoga buku yang sederhana ini dapat

bermanfaat utamanya bagi dunia pendidikan, serta bisa membantu mahasiswa dalam mendapatkan referensi kependudukan. Penulis menerima kritik dan saran yang membangun demi perbaikan buku ini di masa datang.

Yogyakarta, 15 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vii
Daftar Gambar	viii
Bab 1 Pendahuluan	1
Bab 2 Latar Belakang Keluarga Berencana (KB)	13
Bab 3 Peran Keluarga Berencana (KB) dalam Kependudukan	29
Bab 4 <i>Unmet Need</i>	37
4.1. Definisi	37
4.2. Kategori <i>Unmet Need</i> KB ...	39
Bab 5 Penyebab Terjadinya <i>Unmet Need</i>	45
5.1. Faktor Internal	45
5.2. Faktor Eksternal	62
Bab 6 Tantangan dan Dampak <i>Unmet Need</i>	71
6.1. <i>Unmet Need</i> : Tantangan Program KB	71
6.2. Dampak <i>Unmet Need</i>	74

Bab 7	Penutup	85
Daftar	Pustaka	87

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Angka Ketergantungan per 100 Penduduk Usia Kerja	8
Tabel 2	Persentase <i>Unmet Need</i> KB per Provinsi di Indonesia Tahun 2012 dan 2017	41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Jumlah Penduduk Indonesia (Juta Jiwa) Tahun 1961–2040 ...	1
Gambar 2	Bonus Demografi dan Jendela Peluang Indonesia 1950–2050 ...	6
Gambar 3	Fase Transisi Demografi	9
Gambar 4	Negara dengan Jumlah Penduduk Terbanyak Di Dunia (Juta Jiwa) Tahun 2020	15
Gambar 5	Perempuan Menikah yang Tidak Pernah KB Tahun 2020	35
Gambar 6	<i>Unmet Need</i> di 7 Negara	40
Gambar 7	Target dan Capaian <i>Unmet Need</i> 2018–2021	44
Gambar 8	Angka Kematian Ibu di Asia Tenggara Tahun 2017	78

Bab 1

Pendahuluan

Berdasarkan Sensus Penduduk 2020, jumlah penduduk Indonesia tercatat sebanyak 270 juta jiwa. Angka tersebut hampir mencapai tiga kali lipat dibandingkan dengan hasil sensus tahun 1961, sebagaimana dilaporkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dalam buku Analisis Profil Penduduk Indonesia (2022). Perkembangan jumlah tersebut ada di gambar 1 berikut:



Gambar 1.
Jumlah Penduduk Indonesia (Juta Jiwa)
Tahun 1961–2040

Selama tahun 1961–2020, pertumbuhan penduduk tertinggi terjadi antara tahun 1971–1980. Rata-rata pertumbuhan penduduk per tahun pada periode tersebut sekitar 2,4 persen. Pada tahun 1980–1990 pertumbuhan penduduk turun menjadi 2 persen, kemudian secara bertahap kembali turun menjadi di bawah 2 persen pada periode setelahnya, hingga pada periode 2010–2020 pertumbuhan penduduk per tahun menjadi 1,25 persen (BPS, Statistik Penduduk Lanjut Usia 2020).

Perlambatan pertumbuhan penduduk ini tidak terlepas dari penurunan tingkat kelahiran sebagai hasil dari program Keluarga Berencana yang sudah dilaksanakan sejak tahun 1970-an (Adioetomo dan Mujahid, 2014). Pada awal tahun 1970, setiap perempuan Indonesia rata-rata memiliki anak sebanyak 5–6 orang, sementara pada tahun 2020 setiap perempuan Indonesia rata-rata memiliki 2 orang anak (BPS et. al., 2018).

Sebagaimana tertuang dalam narasi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020–2024, bahwa struktur penduduk Indonesia ditandai dengan tingginya proporsi penduduk usia produktif. Pada tahun 2018, penduduk usia produktif di Indonesia mencapai 68,6 persen atau 181,3 juta jiwa dengan angka

ketergantungan usia muda dan tua yang rendah, yaitu 45,7. Perubahan struktur penduduk ini akan membuka peluang bagi Indonesia untuk mendapatkan bonus demografi atau *demographic dividend* (Narasi RPJMN 2020–2024, hal IV.2).

Sekarang ini, Indonesia sedang memasuki masa bonus demografi yaitu peningkatan jumlah penduduk usia produktif secara signifikan. BPS menuliskan bahwa Indonesia telah mengalami bonus demografi sejak tahun 2012 dan puncaknya diperkirakan terjadi pada periode 2020–2035 (BPS, Analisis Profil Penduduk Indonesia, 2022 : hal 28). Artinya bahwa pada kurun waktu tersebut kondisi masyarakat Indonesia akan didominasi oleh usia produktif (usia 15–64 tahun) dibandingkan usia non produktif. Bonus demografi secara umum menggambarkan perubahan komposisi penduduk menurut umur sebagai akibat dari penurunan angka fertilitas dan peningkatan angka harapan hidup atau penurunan angka kematian serta arus migrasi. Perubahan tersebut ditandai dengan penurunan jumlah penduduk usia 0–14 tahun sebagai akibat penurunan fertilitas dan peningkatan jumlah penduduk usia lanjut usia. Pada waktu yang bersamaan penduduk usia produktif mengalami peningkatan. Perubahan komposisi tersebut mengakibatkan penurunan angka ketergantungan

sehingga pada titik tertentu mencapai angka terendah. Pada saat ketergantungan mencapai angka terendah maka muncul *windows of opportunity* atau jendela kesempatan. Bonus demografi pada sebuah negara dapat menjadi keuntungan atau bencana, karena memiliki sisi positif dan negatif. Apabila dimanfaatkan dengan optimal akan menghasilkan pertumbuhan ekonomi yang baik, sedangkan kegagalan pemerintah dalam memanfaatkan kesempatan ini akan membawa beban yang memmberatkan negara di masa datang.

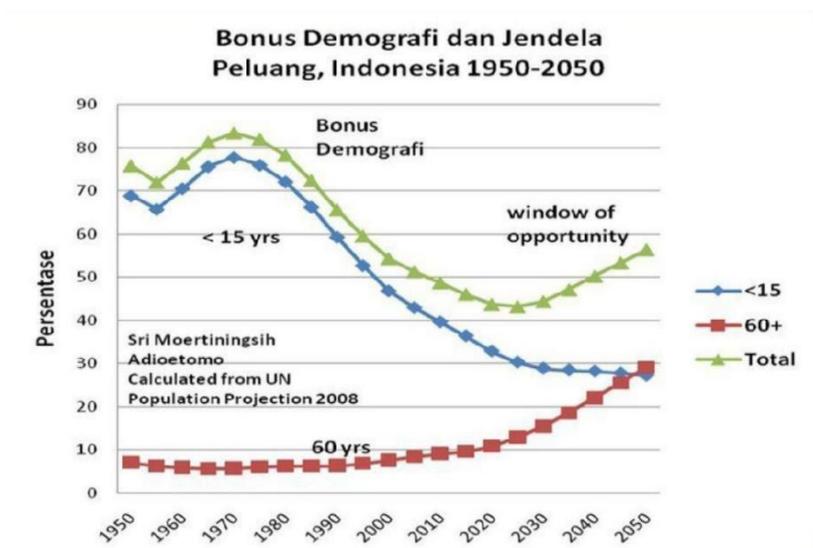
Bonus Demografi dalam konteks lain disebut dengan *demographic gift* harus dimaknai sebagai munculnya kesempatan yang harus dimanfaatkan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Bonus demografi terjadi karena penurunan kelahiran yang dalam jangka panjang menurunkan proporsi penduduk muda sehingga investasi untuk pemenuhan kebutuhannya berkurang dan sumber daya dapat dialihkan kegunaannya untuk memacu pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan keluarga.

Di Indonesia, fenomena ini terjadi karena proses transisi demografi yang berkembang sejak beberapa tahun lalu dipercepat oleh keberhasilan kita menurunkan tingkat fertilitas, meningkatkan kualitas

kesehatan, dan suksesnya program pembangunan sejak Era Orde Baru hingga sekarang. Jika diperhatikan lebih seksama bonus demografi akan menjadi pilar peningkatan produktivitas suatu negara dan menjadi pertumbuhan ekonomi melalui pemanfaatan sumber daya manusia yang produktif dalam arti bahwa penduduk usia produktif tersebut benar-benar mampu menghasilkan pendapatan untuk memenuhi kebutuhan konsumsi mereka dan memiliki tabungan yang dapat dimobilisasi menjadi investasi. Akan tetapi jika yang terjadi adalah sebaliknya, dimana penduduk usia produktif tidak terserap oleh lapangan kerja yang tersedia dalam perekonomian maka akan menjadi beban ekonomi karena penduduk usia produktif yang tidak memiliki pendapatan akan menjadi beban bagi penduduk yang bekerja dan akan memicu angka pengangguran yang tinggi.

Terjadinya bonus demografi jelas merupakan suatu proses panjang dalam riwayat kependudukan Indonesia. Karena bonus demografi ini tidak dapat terjadi pada suatu waktu atau satu generasi. Sehingga dapat dipahami bahwa bonus demografi dimulai dari keadaan sejak fertilitas menurun lalu pada kurun waktu tertentu ke depan dalam komposisi penduduk terjadi jumlah usia produktif yang lebih besar

dibandingkan dengan usia non produktif yang menjadi tanggungan yaitu anak-anak dan lanjut usia. Namun hal ini bisa jadi hanya percuma bahkan bisa menjadi petaka jika jumlah usia produktif yang besar ternyata pengangguran (tidak produktif secara kenyataan dalam kehidupan, walaupun secara komposisi umur mereka adalah usia produktif). Bonus demografi dan jendela peluang digambarkan dalam Gambar 2 berikut:



Sumber: Nadiroh, 2018 hal 22.

Gambar 2
Bonus Demografi dan Jendela Peluang Indonesia
1950-2050

Usia produktif adalah usia ketika seseorang masih mampu bekerja dan menghasilkan sesuatu. Penduduk dengan usia produktif memiliki rentang usia 15-64 tahun. Usia ini merupakan usia produktif yang masuk dalam angkatan kerja. Pada tahun 2020 menurut BPS populasi penduduk usia produktif di Indonesia mencapai 70,74% sedangkan jumlah penduduk usia non produktif sebanyak 29,28%.

Bonus demografi dalam jangka menengah dan panjang akan mendorong pertumbuhan ekonomi yang tinggi dan menghantarkan Indonesia menjadi negara berpenghasilan menengah ke atas. Bonus demografi ini akan diperoleh dengan prasyarat utama tersedianya sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing. Untuk melihat catatan panjang terjadinya bonus demografi ini, cermati tabel 1. Dari tabel tersebut terlihat bahwa tahun 1971 setiap 100 orang yang bekerja menanggung 86 orang. Dapat dibayangkan bagaimana kondisi kesejahteraan saat itu. Sedangkan tahun 2000 sudah mengalami penurunan beban tanggungan menjadi hanya 54 orang, dan menurun terus hingga 44 orang sampai tahun 2030. Beban tanggungan akan meningkat setelah tahun 2030, dengan pesatnya penambahan penduduk lanjut usia, sebagaimana sudah dijelaskan sebelumnya.

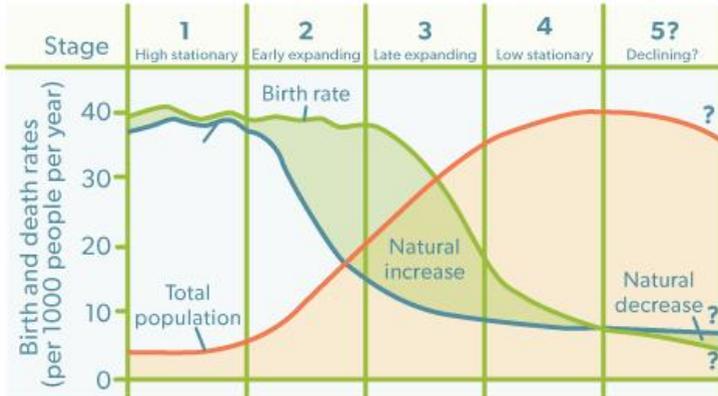
Tabel 1.
Angka Ketergantungan per 100 Penduduk Usia Kerja

1971	2000	2020-2030	>2030
86	54	44	>50
100 orang bekerja menanggung 86	100 orang bekerja menanggung 54	100 orang bekerja menanggung 44	100 orang bekerja menanggung lebih 50

Sumber : Nadiroh, 2018, hal 24.

Sedangkan *window of opportunity* terjadi di titik terendah beban tanggungan penduduk yaitu tahun 2020-2030. ini adalah puncak bonus demografi, hanya terjadi sekali dalam sejarah riwayat kependudukan suatu bangsa. Artinya kesempatan emas inilah yang harus dikelola dan dimanfaatkan dengan baik karena hanya sekali dalam sejarah kependudukan. Karena setelah itu pada tahun 2030 ke atas tantangan di bidang kependudukan akan semakin berat jika gagal memanfaatkan *window of opportunity*. Kronologis bonus demografi dijelaskan pada gambar 3 berikut:

Title



Sumber :

<https://www.google.com/search?q=fase+transisi+demografi&sxsrif>

Gambar 3.
Fase Transisi Demografi

Ada 4 fase yang terjadi untuk terbentuknya transisi demografi yang kemudian disebut Stage. Secara singkat setiap stage dijelaskan sebagai berikut:

- *Stage 1* : angka kelahiran dan angka kematian yang sangat tinggi, biasanya terjadi pada negara-negara ketiga. Salah satu faktor penyebabnya adalah tingkat kesehatan yang rendah dan sikap hidup yang tidak terencana tentang keluarga.

- *Stage 2* : terjadi peningkatan ketersediaan makanan dan sumber daya alam yang sudah mulai dimanfaatkan meskipun belum secara bijaksana, diiringi tingkat kesejahteraan yang mulai meningkat. Maka terjadi penurunan angka kematian seiring dengan peningkatan kesehatan dan ketersediaan bahan makanan.
- *Stage 3* : terjadi penurunan angka kelahiran. Hal ini terjadi karena peluang untuk mengontrol kelahiran sudah ada. Indonesia mengalami fase ke 3 ini dimulai pada tahun 1980 an.
- *Stage 4* : terjadi angka kelahiran dan kematian yang rendah. Biasanya terjadi di negara-negara maju. Artinya secara proses kependudukan, negara yang sudah berada pada tahap 4 berada beberapa generasi di atas kita.

Posisi Indonesia saat ini berada pada Stage 3, sebagaimana sudah dijelaskan, puncak emas masa bonus demografi antara tahun 2020-2030.

Sehingga semakin jelas urgensi dan keutamaan pembangunan berbasis kependudukan di Indonesia, karena berkaitan langsung dengan masalah kependudukan di masa datang.

Pembangunan Indonesia 2020–2024 ditujukan untuk membentuk sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing, yaitu sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter. Untuk mencapai tujuan tersebut, kebijakan pembangunan manusia diarahkan pada pengendalian penduduk dan penguatan tata kelola kependudukan, pemenuhan pelayanan dasar dan perlindungan sosial, peningkatan kualitas anak, perempuan dan pemuda, pengentasan kemiskinan, serta peningkatan produktivitas dan daya saing angkatan kerja. Kebijakan pembangunan manusia tersebut dilakukan berdasarkan pendekatan siklus hidup, dan inklusif termasuk memperhatikan kebutuhan penduduk usia lanjut maupun penduduk penyandang disabilitas, dan pengelolaan SDM bertalenta.

Salah satu yang disoroti dari narasi tersebut adalah pengendalian penduduk, yang salah satunya dapat dilakukan dengan kebijakan Keluarga Berencana. Dengan disahkannya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, program pengendalian penduduk dan Keluarga Berencana merupakan urusan pemerintahan yang konkuren yaitu dibagi antara pemerintah pusat dan

daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota. Kemudian Program KKBPk menjadi urusan pemerintahan wajib adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Persoalan yang masih terus dihadapi sampai saat ini dalam pelaksanaan Program KKBPk adalah masalah sinergitas, baik sinergitas antara Perwakilan BKKBN Provinsi dengan Organisasi Perangkat Daerah Keluarga Berencana (OPD KB) provinsi dan kabupaten/kota, maupun dengan sektor pembangunan lainnya.

Bab 2

Latar Belakang Keluarga Berencana (KB)

Pengertian Keluarga Berencana (KB) menurut UU no 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Bab I Pasal Ayat 8). Keluarga Berkualitas adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah dan bercirikan sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Bab I Pasal Ayat 10).

Program Keluarga Berencana yang kita kenal seperti sekarang ini adalah buah perjuangan yang cukup lama yang dilakukan tokoh-tokoh atau pelopor di bidang itu, baik di dalam maupun diluar negeri. Di luar negeri upaya keluarga berencana mula-mula timbul atas prakarsa kelompok orang-orang yang menaruh perhatian pada masalah kesehatan ibu, yaitu pada awal abad XIX di Inggris. Sejalan dengan

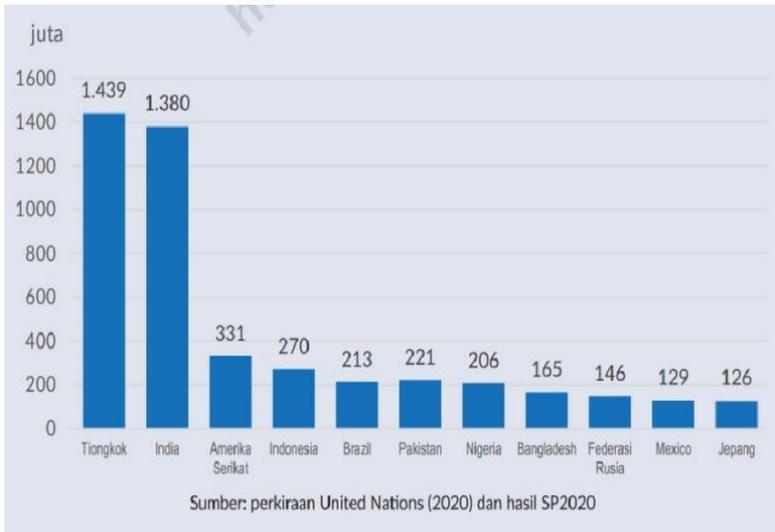
ditinggalkannya cara-cara mengatur kehamilan secara tradisional dan mulai digunakannya alat-alat kontrasepsi yang memenuhi syarat medis, maka dimulailah usaha-usaha keluarga berencana di abad moderen, dengan tujuan dan sasaran yang lebih luas, tidak terbatas pada upaya mewujudkan kesehatan ibu dan anak dengan cara membatasi kehamilan/kelahiran saja.

Di Inggris dikenal Marie Stopes (1880-1950) yang menganjurkan pengaturan kehamilan di kalangan keluarga buruh. Di Amerika Serikat dikenal Margareth Sanger (1883-1966) yang dengan program *birth control*-nya merupakan pelopor KB modern. Pada tahun 1952 Margareth Sanger meresmikan berdirinya *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). Sejak saat itu berdirilah perkumpulan-perkumpulan keluarga berencana di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, yang merupakan cabang-cabang IPPF tersebut.

Secara historis, organisasi BKKBN dimulai dari suatu organisasi yang murni berstatus swasta pada tahun 1957, kemudian menjadi organisasi semi pemerintah tahun 1968. Pada tahun 1970 menjadi organisasi resmi pemerintah sebagai pelaksana dan pengelola program KB nasional sampai dengan saat ini.

Latar belakang lahirnya Program Kependudukan Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) di Indonesia juga karena ada permasalahan kependudukan hingga sekarang, yang perlu diatasi, diantaranya adalah:

1. *Jumlah penduduk yang besar.* Jumlah Penduduk Indonesia sebagaimana disajikan pada Gambar 1 merupakan jumlah yang besar. Dalam lingkup global, jumlah penduduk Indonesia tahun 2020 adalah yang tertinggi keempat di dunia setelah Tiongkok, India, dan Amerika Serikat, sebagaimana disajikan Gambar 4 berikut :



Gambar 4.
Negara dengan Jumlah Penduduk Terbanyak
Di Dunia (Juta Jiwa) Tahun 2020

2. *Laju Pertumbuhan penduduk yang tinggi.*

Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) Indonesia sebesar 1,49 persen per tahun atau terjadi penambahan 3 - 3,5 juta jiwa per tahun. Apabila LPP tetap dalam besaran 1,49 persen per tahun maka jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2045 menjadi sekitar 450 juta jiwa. Hal ini berarti pada saat itu satu dari 20 penduduk dunia adalah orang Indonesia. Sementara itu dari hasil Sensus Penduduk tahun 2020 menunjukkan jumlah penduduk Indonesia terus bertambah (pertumbuhan yang positif) sebanyak 32,56 juta jiwa dibandingkan hasil Sensus tahun 2010, dengan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) sebesar 1,25 persen. LPP memang telah berhasil diperlambat jika kita bandingkan pada periode tahun 2000-2010 sebesar 1,49 persen per tahun. Namun kita tidak serta merta bergembira dan euforia karena secaraimbangan antara fertilitas dan mortalitas masih relatif tidak bergeser dengan Total Fertility Rate (TFR) masih di angka 2,45.

3. *Jumlah kematian penduduk.* Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator utama derajat kesehatan masyarakat dan ditetapkan sebagai salah satu tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs). AKI Indonesia diperkirakan tidak akan

dapat mencapai target MDG yang ditetapkan yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Menurut Survey Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan angka AKI sebanyak 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih tinggi dari hasil SDKI 2007 yang besarnya hanya 228 per 100.000 kelahiran hidup. Data Survei Penduduk Antar Sensus (Supas) 2015 menyebutkan AKI di Indonesia telah menyentuh angka 305 per 100.000 kelahiran. Sedangkan hasil pendataan Keluarga (PK21) tahun 2021 menyebutkan TFR turun menjadi 2,24% setelah menyentuh angka 2,45% di tahun 2019. Angka TFR yang masih tinggi itu menyebabkan target pada AKI yang ditetapkan pemerintah dalam *Sustainable Development Goals* (SDG' s) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup, sulit tercapai.

4. *Jumlah kelahiran penduduk.* Jumlah kelahiran di Indonesia saat ini antara 3 sampai 3,5 juta per tahun atau setara dengan jumlah penduduk negara Singapura. Angka kelahiran diukur dengan *Total Fertility Rate* (TFR) yang diartikan sebagai jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita selama masa suburnya. TFR di Indonesia selama satu dasawarsa terakhir mengalami stagnasi dengan angka dalam kisaran

2,6 anak per Wanita Usia Subur (WUS). Sebagaimana telah dijelaskan bahwa hasil pendataan Keluarga (PK21) tahun 2021 menyebutkan TFR turun menjadi 2,24% setelah menyentuh angka 2,45% di tahun 2019. Ini menunjukkan bahwa upaya pengendalian penduduk di Indonesia melalui Program KKBPK belakangan ini belum mencapai hasil yang optimal.

5. *Mutasi penduduk.* Mutasi penduduk di Indonesia didominasi oleh perpindahan penduduk dari desa ke kota atau dalam istilah demografi disebut urbanisasi. Hingga saat ini arus urbanisasi dari desa ke kota masih berlangsung. Kota-kota besar di Indonesia seperti Jakarta, Medan, Surabaya, Banjarmasin, Makassar dan sebagainya menjadi tujuan penduduk desa untuk mengadu nasib sehingga di kota-kota tersebut permasalahan makin bertumpuk. Tidak hanya masalah kepadatan penduduk dan pengangguran tetapi juga termasuk munculnya berbagai permasalahan sosial, masalah lingkungan/sampah dan sebagainya.

Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) memiliki banyak manfaat bagi keluarga. Tidak hanya bermanfaat dari sisi kesehatan tetapi juga bermanfaat dari sisi ekonomi dan sosial budaya. Dari sisi

kesehatan, program KKBPK bermanfaat bagi ibu dan anak:

1. *Bagi Ibu:* a). Mencegah anemia (kurang darah) b). KB dapat menjaga kesehatan fisik dan kesehatan reproduksi lebih optimal c). Mencegah perdarahan yang terlalu banyak setelah persalinan dan mempercepat pulihnya kondisi rahim d). Mencegah Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) e). Mendekatkan ibu pada pelayanan kesehatan f). Meningkatkan keharmonisan keluarga.
2. *Bagi Anak:* a). Mencegah kurang gizi pada anak b). Tumbuh kembang anak terjamin c). Kebutuhan ASI Eksklusif 6 bulan dapat terpenuhi.

Dari **sisi ekonomi**, program KKBPK bermanfaat untuk:

1. Mengurangi kebutuhan rumah tangga
2. Meningkatkan pendapatan/ekonomi keluarga

Dari **sisi sosial budaya**, program KKBPK bermanfaat untuk:

1. Meningkatkan kesempatan bermasyarakat.
2. Meningkatkan peran ibu dalam pengambilan keputusan keluarga.
3. Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP). Sasaran remaja belum menikah. Tujuan remaja menikah di usia ideal : Perempuan 20 - 30 tahun, Laki-laki minimal 25 tahun Kegiatan program

KKBPK terkait PUP antara lain : Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK R), Saka Kencana, dll.

4. Pengaturan kelahiran. Sasaran Pasangan Usia Subur (PUS). Tujuan mengatur jarak kelahiran dan jumlah anak, jarak ideal 3 - 4 tahun, jumlah 2 anak lebih baik. Kegiatan dari program KKBPK terkait Pengaturan Kelahiran. Pelayanan KB (Rutin, TMKK-KB-Kes, PKK-KB-Kes), dan jaminan pasca pelayanan.
5. Pembinaan Ketahanan Keluarga. Sasaran keluarga yang memiliki anak balita, remaja dan lanjut usia (Lansia). Tujuan meningkatnya ketahanan dan keharmonisan keluarga. Kegiatan dari program KKBPK terkait Pembinaan Ketahanan Keluarga. Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL).
6. Peningkatan Kesejahteraan Keluarga. Sasaran seluruh keluarga. Tujuan meningkatnya kesejahteraan keluarga, ukurannya dapat melaksanakan 8 fungsi keluarga. Kegiatan dari program KKBPK terkait dengan Peningkatan Kesejahteraan Keluarga adalah Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS).
7. Pengelolaan Kependudukan. Sasarannya adalah penduduk, bertujuan untuk pengendalian

kuantitas dan peningkatan kualitas penduduk. Kegiatan dari Program KKBPB terkait dengan pengelolaan kependudukan antara lain sosialisasi dampak kependudukan, pendidikan kependudukan, dan penyusunan *grand design* pengendalian kuantitas dan kualitas penduduk.

Upaya pengendalian penduduk khususnya dalam pengaturan kelahiran yang dilaksanakan di Indonesia adalah dengan menggunakan alat kontrasepsi. Kontrasepsi berasal dari dua suku kata, yakni kontra artinya melawan dan konsepsi yang berarti pembuahan. Dengan demikian kontrasepsi memiliki makna usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan bersifat sementara yaitu menunda atau menjarangkan, atau bersifat permanen tidak ingin hamil lagi. Metode atau alat kontrasepsi modern terdiri atas 7 macam: 1). Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD) 2). Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) 3). Metode Operasi Pria (MOP)/Vasektomi 4). Metode Operasi Wanita (MOW)/Tubektomi 5). Suntik 6). Pil 7). Kondom.

Upaya peningkatan kesejahteraan keluarga ini penting karena fakta dilapangan menunjukkan bahwa: 1). Banyak keluarga akseptor KB lestari yang kehidupannya kurang sejahtera, 2). Banyak keluarga akseptor KB Lestari yang belum

memiliki usaha, 3). Banyak keluarga akseptor KB Lestari yang tidak memiliki ketrampilan dan modal untuk usaha, 4). Bila keluarga-keluarga tersebut tidak diberdayakan akan berpengaruh terhadap eksistensi KB, sehingga anggapan bahwa dengan ikut KB keluarga akan lebih sejahtera hidupnya semakin lama semakin luntur.

Kegiatan pokok dalam program Keluarga Berencana Keluarga Sejahtera (KB - KS) untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga adalah melalui kegiatan Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS). Tujuan umum dibentuknya UPPKS adalah mengembangkan potensi peserta KB dan calon peserta KB untuk memantapkan diri dan keluarganya agar mampu hidup mandiri dalam rangka mempercepat proses pelembagaan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS). Sedangkan secara khusus tujuannya antara lain: 1). Meningkatkan kesertaan KB di masyarakat, 2). Meningkatkan pendapatan keluarga, 3). Mengembangkan ketahanan dan ketahanan keluarga, 4). Memantapkan pelaksanaan 8 fungsi keluarga yaitu keagamaan, sosial budaya, cinta kasih, melindungi, reproduksi, sosialisasi dan pendidikan, ekonomi, pembinaan lingkungan.

Sedangkan karakteristik kegiatan UPPKS sebagai berikut:

- Sasaran : Keluarga Pra Sejahtera dan KS I
- Jumlah anggota : 10 - 30 keluarga
- Pertemuan Penyuluhan : Sebulan sekali
- Materi : a). Evaluasi usaha kelompok b). Pengelolaan usaha c). Peningkatan kualitas produk d). Pemasaran e). Kemitraan Jenis usaha : Bersifat kolektif dan individu

Sedangkan bentuk-bentuk usaha kelompok UPPKS diantaranya: 1). Usaha makanan dan minuman, misal membuat telur asin, emping melinjo, enting-enting jahe, sirup jahe, dan sebagainya, 2). Usaha kerajinan diantaranya membuat alat-alat rumah tangga dari bahan lokal, membuat tas, topi, vas bunga dari enceng gondok, dan sebagainya, 3). Usaha jasa misal membuka warung kelontong, menjual sayuran, menjahit, usaha catering dan sebagainya. Produk dari kelompok yang memiliki standar kualitas/mutu yang baik akan mendapatkan Sertifikasi Penyuluhan (SP) Makanan dan Minuman.

Pengelolaan kependudukan penting dilakukan dalam rangka pengendalian kuantitas penduduk dan peningkatan kualitas penduduk. Pengendalian kuantitas penduduk dilakukan dalam rangka menekan laju pertumbuhan penduduk melalui pengaturan kelahiran dan pendewasaan usia perkawinan. Dalam rangka pengaturan kelahiran, program KKBPK menggunakan konsep

“Dua Anak Cukup” sementara dalam rangka pendewasaan usia perkawinan menggunakan konsep “Pernikahan Ideal” yakni 20 tahun untuk perempuan dan 25 tahun untuk laki-laki. Dalam rangka pendewasaan usia perkawinan, dalam program KKBPB dikembangkan program Generasi Berencana atau lebih dikenal sebagai program “**GenRe**”. Program GenRe adalah program yang dikembangkan dalam rangka penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja atau mahasiswa sehingga mereka mampu melangsungkan jenjang pendidikan secara terencana, berkarir dalam pekerjaan secara terencana, serta menikah dengan penuh perencanaan sesuai siklus kesehatan reproduksi. Program GenRe ini diarahkan untuk meningkatkan usia kawin pertama perempuan menjadi 21 tahun, menurunkan kasus perilaku seks pra nikah, HIV-AIDS dan penyalahgunaan narkoba di kalangan remaja dan mahasiswa. Peningkatan kualitas penduduk dilakukan melalui upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak, pembinaan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga. Di sisi lain juga melalui peningkatan kualitas pendidikan, lingkungan dan kesehatan pada umumnya.

Kegiatan dalam rangka pengelolaan kependudukan antara lain berupa analisis dan sosialisasi dampak kependudukan, pendidikan

kependudukan, dan penyusunan *grand design* pengendalian kuantitas penduduk dan *grand design* peningkatan kualitas penduduk. Analisis dampak kependudukan mencakup dampak kependudukan terhadap ketenagakerjaan, dampak kependudukan terhadap lingkungan hidup, dampak kependudukan terhadap pendidikan, dampak kependudukan terhadap kesehatan, dampak kependudukan terhadap ketersediaan sumber daya dan lain sebagainya. Pendidikan kependudukan lebih difokuskan pada siswa di sekolah mulai SD, SLTP hingga SLTA yang mencakup hal-hal yang berkaitan dengan penduduk dan perkembangannya di Indonesia serta bagaimana mengelola penduduk agar dapat mendukung pembangunan. Sementara penyusunan *grand design* pengendalian kuantitas penduduk di fokuskan pada rekayasa jumlah, struktur dan laju pertumbuhan penduduk melalui: pengendalian kelahiran, kematian dan pengarahan mobilitas. Sedangkan *grand design* peningkatan kualitas penduduk difokuskan pada rekayasa peningkatan kualitas penduduk baik fisik maupun mental melalui pendekatan *life cycle*.

Pelaksanaan Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) selama ini belum berjalan optimal baik dalam aspek garapan Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), Pengaturan kelahiran, Pembinaan

Ketahanan Keluarga, Pemberdayaan Ekonomi Keluarga, dan Pengelolaan Kependudukan yang ditandai dengan masih tingginya angka laju pertumbuhan penduduk, pernikahan usia dini, tidak terpenuhinya target capaian akseptor baru, rendahnya partisipasi keluarga dalam kegiatan Bina Keluarga Sejahtera (BKS) dan Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS). Ada beberapa permasalahan yang dihadapi terkait dengan belum optimalnya pelaksanaan program KKBPK di lapangan antara lain: a). Terus berkurangnya penyuluh KKBPK di lapangan karena mutasi, promosi dan pensiun.. b). Masih rendahnya kemandirian ber-KB c). Belum optimalnya peran kader kelompok Bina Keluarga Sejahtera (BKS) dalam mensukseskan kesetaraan ber-KB bagi anggotanya yang masih PUS. Begitu juga peran toga, toma, kader IMP serta organisasi profesi, d).belum optimalnya peran Kepala Desa dalam program KKBPK baik dalam memotivasi kepada masyarakat maupun dalam memberikan dukungan anggaran untuk program KB-KS.

Sedangkan upaya yang dilakukan dalam rangka optimalisasi program KKBPK tersebut adalah dengan memberdayakan kader IMP (PPKBD, Sub PPKBD dan Kelompok KB-KS untuk mengurangi beban Penyuluh KB yang jumlahnya makin terbatas.

Kemudian juga menggerakkan Tim MUPEN KB untuk melakukan Advokasi dan KIE pada masyarakat luas tentang KB Mandiri. Juga menggiatkan kader kelompok Bina Keluarga Sejahtera (BKS) yang terdiri dari kelompok Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR) dan Bina Keluarga Lansia (BKL) maupun UPPKS untuk mensukseskan program KKBPK di lingkungan kegiatannya. Serta meningkatkan pengetahuan para motivator KB maupun kader KB lainnya tentang program KKBPK melalui kegiatan orientasi dan pemberian Buku Pegangan Program KKBPK yang digunakan sebagai panduan penyuluhan kepada masyarakat luas. Dengan meningkatnya pengetahuan dan wawasan para motivator KB maupun kader KB lainnya tentang Program KKBPK diharapkan para motivator KB sebagai penggerak dalam program KKBPK di wilayahnya. Upaya optimalisasi program KKBPK akan lebih efektif apabila pihak pemerintah desa juga menganggarkan kegiatan melalui anggaran desa.

Program KKBPK yang diharapkan dapat dilakukan secara mandiri oleh masyarakat dengan peran tokoh formal dan tokoh non formal adalah menyampaikan program 4T yaitu terlalu muda menikah, terlalu sering melahirkan, terlalu tua untuk melahirkan dan terlalu banyak anak. 4T tersebut kalau bisa ditekan maka akan

menurunkan angka kelahiran sehingga kualitas keluarga akan meningkat sehingga menjadi keluarga yang sejahtera sesuai dengan amanah UU No. 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga.

Bab 3

Peran Keluarga Berencana (KB) dalam Kependudukan

Usaha membatasi kelahiran (*Birth Control*) sebenarnya secara individual telah banyak dilakukan di Indonesia. Diantaranya yang paling banyak diketahui adalah cara yang banyak digunakan di kalangan masyarakat Jawa. Oleh karena penelitian mengenai hal ini banyak dilakukan di Jawa. Tetapi bukan berarti daerah-daerah di luar Jawa tidak melakukannya, misalnya seperti di Irian Jaya, Kalimantan Tengah dan sebagainya. Jamu-jamu untuk menjarangkan kehamilan juga banyak dikenal oleh orang, meskipun ada usaha untuk menyelidiki secara ilmiah ramuan-ramuan tradisional itu.

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu program pemerintah yang pada awalnya diatur berdasarkan Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, namun dalam perkembangannya telah disempurnakan dengan terbitnya Undang-undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan kependudukan dan Pembangunan

Keluarga, begitu pula pada pengertian Keluarga Berencana sudah ditetapkan.

Pengertian KB ternyata juga mengalami perubahan yaitu dalam UU No. 10 Tahun 1992 pengertian KB adalah peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan, Pengaturan Kehamilan, Peningkatan Ketahanan Keluarga, Peningkatan Kesejahteraan Keluarga untuk mewujudkan Keluarga Kecil Yang Bahagia dan Sejahtera. Berdasarkan UU No. 52 Tahun 2009 disebutkan bahwa KB yaitu upaya untuk mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas. Keluarga Berencana menurut WHO (*World Health Organization*) adalah tindakan yang membantu pasangan suami isteri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kelahiran, mengontrol waktu kelahiran dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Tujuan umum program KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

Di Indonesia adanya keluarga berencana masih baru dibandingkan dengan negara - negara barat. Di negara-negara barat jauh sebelum itu sudah ada usaha - usaha untuk mencegah kelangsungan hidup seorang bayi/anak yang karena tidak diinginkan, atau pencegahan kelahiran/kehamilan karena alasan-alasan ekonomi, sosial dan lain-lain. Sejalan dengan perkembangan KB di luar negeri, di Indonesia telah banyak dilakukan usaha membatasi kelahiran secara tradisional dan bersifat individual. Dalam kondisi angka kematian bayi dan ibu yang melahirkan di Indonesia cukup tinggi, upaya mengatur kelahiran tersebut makin meluas terutama di kalangan dokter. Sejak tahun 1950-an para ahli kandungan berusaha mencegah angka kematian yang terlalu tinggi dengan merintis Bagian Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA).

Pada tahun 1957, didirikan Perkumpulan Keluarga Berencana yang dalam perkembangannya kemudian menjadi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Namun dalam kegiatan penerangan dan pelayanan masih dilakukan terbatas, mengingat PKBI sebagai satu-satunya organisasi sosial yang bergerak dalam bidang KB masih mendapat kesulitan dan hambatan, terutama KUHP nomor 283 yang melarang penyebarluasan gagasan keluarga

berencana (KB). Pada tahun 1967 PKBI diakui sebagai badan hukum oleh Departemen Kehakiman. Menkesra pada tanggal 11 Oktober 1968 mengeluarkan Surat Keputusan No. 35/KPTS/Kesra/X/1968 tentang Pembentukan Tim yang akan mengadakan persiapan bagi Pembentukan Lembaga Keluarga Berencana. Pada tanggal 17 Oktober 1968 dibentuk Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) dengan Surat Keputusan No. 36/KPTS/Kesra/X/1968. Lembaga ini statusnya adalah sebagai Lembaga Semi Pemerintah. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dibentuk berdasarkan Keppres No. 8 Tahun 1970. Dua tahun kemudian, pada tahun 1972 keluar Keppres No. 33 Tahun 1972 sebagai penyempurnaan Organisasi dan tata kerja BKKBN yang ada. Status badan ini berubah menjadi Lembaga Pemerintah Non Departemen yang berkedudukan langsung dibawah Presiden. Kedudukan BKKBN dalam Keppres No. 38 Tahun 1978 adalah sebagai lembaga pemerintah non-departemen yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden. Tugas pokoknya adalah mempersiapkan kebijaksanaan umum dan mengkoordinasikan pelaksanaan program KB nasional dan kependudukan yang mendukungnya, baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah serta mengkoordinasikan penyelenggaraan pelaksanaan di lapangan.

Pada masa Kabinet Pembangunan IV muncul pendekatan baru antara lain melalui pendekatan koordinasi aktif, penyelenggaraan KB oleh pemerintah dan masyarakat lebih disinkronkan pelaksanaannya melalui koordinasi aktif tersebut ditingkatkan menjadi koordinasi aktif dengan peran ganda, yaitu selain sebagai dinamisor juga sebagai fasilitator. Disamping itu, dikembangkan pula strategi pembagian wilayah guna mengimbangi laju kecepatan program. Pada periode ini secara resmi KB Mandiri mulai dicanangkan pada tanggal 28 Januari 1987 oleh Presiden Soeharto dalam acara penerimaan peserta KB Lestari di Taman Mini Indonesia Indah. Program KB Mandiri dipopulerkan dengan kampanye Lingkaran Biru (LIBI) yang bertujuan memperkenalkan tempat-tempat pelayanan dengan logo Lingkaran Biru KB. Pada tahun 2009, diterbitkan Undang-undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, BKKBN berubah dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Sebagai tindak lanjut dari UU 52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, di mana BKKBN kemudian direstrukturisasi menjadi badan kependudukan, bukan lagi badan koordinasi.

Program KB di Indonesia telah diakui secara nasional dan internasional sebagai salah satu program yang telah berhasil menurunkan angka fertilitas secara nyata. Hasil *survey* SDKI 2003, *Total Fertility Rate* (TFR) sebesar 2,4 menurun menjadi 2,3 pada SDKI 2007. Kemudian berdasar Pendataan Keluarga (PK21) tahun 2021 TFR turun menjadi 2,24% setelah menyentuh angka 2,45% di tahun 2019. Namun bukan berarti masalah kependudukan di Indonesia selesai, akan tetapi program tersebut diupayakan tetap dipertahankan.

Salah satu masalah dalam pengelolaan program KB yaitu masih tingginya angka *unmet need* KB di Indonesia. Jumlah PUS yang ingin menunda kehamilan atau tidak menginginkan tambahan anak tetapi tidak ber KB meningkat dari 8,6% berdasar data SDKI 2003 menjadi 9,1 % berdasar data SDKI 2007, dan kembali meningkat menjadi 11% di tahun 2012, bahkan di tahun 2021 angka tersebut menjadi 12,1%. Sedangkan menurut data BKKBN angka *unmet need* tahun 2021 sebesar 18%.

Sementara itu jika dilihat dari data jumlah perempuan yang tidak pernah KB karena tidak setuju KB, telah menurun telah menurun pada tahun 2020 di semua jenjang pendidikan seperti terlihat pada gambar 5.

Perempuan menikah yang tidak pernah KB

Dibanding 2016, pada tahun 2020 persentase perempuan yang tidak pernah KB karena tidak setuju menurun di semua tingkat pendidikan.

- Fertilitas
- Takut efek samping
- Tidak setuju KB
- Tidak tahu cara dan alat KB

Tingkat pendidikan SD sederajat



Sumber: SUSENAS 2016 & 2020 (diolah)
Desainer: Arijal | Analis: Lita

lokadata

Sumber :BPS, diolah Lokadata

Gambar 5.
Perempuan Menikah yang Tidak Pernah KB
Tahun 2020

Dari gambar 5 dapat dimaknai bahwa edukasi terhadap pentingnya KB telah membawa dampak pada peningkatan pengetahuan masyarakat terutama yang mengenyam pendidikan SMP dan SD untuk menekan laju pertumbuhan penduduk yang kemudian diikuti dengan kesadaran mengikuti program KB, terutama pengaturan jumlah anak yang bermanfaat bagi peningkatan kesejahteraan di masa depan. Namun perlu dikaji lebih jauh apakah ada hubungan antara peningkatan jumlah perempuan berpendidikan SD dan SMP yang ber KB dengan hasil meningkatnya angka *unmet need* di Indonesia.

Bab 4

Unmet Need

Jika membahas tentang *unmet need* terutama di Indonesia sangat erat kaitannya dengan Wanita Usia Subur (WUS), fertilitas, pelayanan KB, Angka Kematian Ibu (AKI), dan pencapaian *Millennium Development Goals* (MDG ' s) yang nantinya menjadi indikator kesejahteraan di Indonesia. Semua faktor tersebut mengarah pada penduduk, dan saling mempengaruhi terhadap populasi penduduk di Indonesia. Seperti yang kita ketahui, Indonesia adalah negara keempat dengan jumlah penduduk tertinggi di dunia setelah Cina, India, dan Amerika Serikat. Ledakan populasi yang kita sebut sebagai bonus demografi membuat pemerintah gencar melakukan berbagai kebijakan untuk menyikapi, selain kebijakan utama untuk mencegah ledakan populasi dengan menurunkan laju pertumbuhan penduduk. Salah satu program andalan yang telah dilakukan adalah Keluarga Berencana (KB) dengan menurunkan angka *unmet need* KB di Indonesia.

4.1. Definisi *Unmet Need*

Definisi *unmet need* dalam konteks ini yang dimaksud adalah *unmet need* KB, merupakan salah satu konsep penting yang dimanfaatkan untuk pengembangan kebijakan KB. *Unmet need* adalah persentase wanita yang saat ini tidak menggunakan metode kontrasepsi dan tidak ingin anak lagi atau menunda kehamilan, tetapi tidak menggunakan kontrasepsi jenis apapun (Bradley et al., 2012). Menurut BKKBN, kebutuhan KB yang tidak terpenuhi atau *unmet need* KB adalah presentase perempuan usia subur yang tidak ingin punya anak lagi, atau ingin menunda kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat atau cara KB. Menurut *Demographi and Healt Survey* menyatakan bahwa *unmet need* KB merupakan proporsi WUS (Wanita Usia Subur) yang menikah atau hidup bersama (seksual aktif) yang tidak ingin anak lagi atau yang ingin menjarangkan kelahiran berikutnya dalam jangka waktu minimal 2 tahun tetapi tidak menggunakan atau cara kontrasepsi.

Berdasarkan pengertian *Unmet Need* dari beberapa sumber tersebut, maka dapat diambil kesimpulan bahwa pengertian *Unmet Need* adalah wanita usia subur yang berada pada usia 15-49 tahun yang sedang ingin mengontrol kehamilannya

(menunda, menjarangkan, mengakhiri) tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun, ataupun wanita yang sedang hamil tetapi kehamilannya tidak dikehendaki.

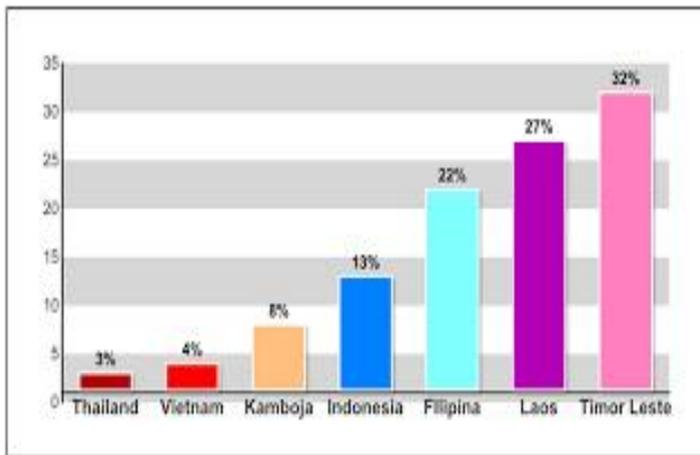
4.2. *Kategori Unmet Need KB*

Manifestasi *unmet need* KB dapat dikategorikan dalam beberapa kategori yaitu:

- a. Wanita menikah usia subur dan tidak hamil, menyatakan tidak ingin punya anak lagi dan tidak memakai alat kontrasepsi seperti IUD, Pil, suntikan, implant, obat vaginal dan kontrasepsi mantap untuk suami atau dirinya sendiri.
- b. Wanita menikah usia subur dan tidak hamil, menyatakan ingin menunda kehamilan berikutnya dan tidak menggunakan alat kontrasepsi sebagaimana tersebut di point a
- c. Wanita yang sedang hamil dan kehamilan tersebut tidak dikehendaki lagi serta pada waktu sebelum hamil tidak menggunakan alat kontrasepsi.
- d. Wanita yang sedang hamil dan terjadi kehamilan tersebut tidak sesuai dengan waktu yang dikehendaki dan sebelum hamil tidak

menggunakan alat kontrasepsi (Rismawati, 2014).

Data *World Health Statistics* yang tersedia 2013 menunjukkan angka *unmet need* di Indonesia dibandingkan 7 negara lain di Asia, seperti gambar 6 berikut:.



Sumber : World Health Statistics, 2013, data rata-rata tahun 2005-2012.

Gambar 6.
***Unmet Need* di 7 Negara**

Dari data tersebut terlihat bahwa Indonesia memiliki nilai *unmet need* 13%, berada di bawah rata-rata 7 negara yang dibandingkan, yaitu sebesar 15,57%. Sedangkan menurut data

yang tersedia di BPS hingga saat ini, kondisi *unmet need* per provinsi di Indonesia tersaji tahun 2012 dan 2017 seperti dalam tabel berikut:

Tabel 2.
Persentase Unmet Need KB per Provinsi di
Indonesia Tahun 2012 dan 2017

No	Provinsi	Tahun	
		2012	2017
1	ACEH	14.00	12.30
2	SUMATERA UTARA	13.20	10.70
3	SUMATERA BARAT	13.70	9.10
4	RIAU	11.80	11.30
5	JAMBI	7.90	6.80
6	SUMATERA SELATAN	8.10	8.60
7	BENKULU	9.10	6.90
8	LAMPUNG	7.90	8.40
9	KEP. BANGKA BELITUNG	9.80	5.60
10	KEP. RIAU	14.50	10.70
11	DKI JAKARTA	13.20	15.60
12	JAWA BARAT	11.00	11.00
13	JAWA TENGAH	10.40	10.80
14	DI YOGYAKARTA	11.50	6.30
15	JAWA TIMUR	10.10	7.70
16	BANTEN	10.20	9.80
17	BALI	9.30	10.70
18	NUSA TENGGARA BARAT	16.10	15.60

No	Provinsi	Tahun	
		2012	2017
19	NUSA TENGGARA TIMUR	17.50	17.60
20	KALIMANTAN BARAT	9.80	9.80
21	KALIMANTAN TENGAH	7.60	6.30
22	KALIMANTAN SELATAN	8.40	8.50
23	KALIMANTAN TIMUR	13.00	10.20
24	KALIMANTAN UTARA	-	15.80
25	SULAWESI UTARA	10.80	12.40
26	SULAWESI TENGAH	15.70	9.40
27	SULAWESI SELATAN	14.30	14.40
28	SULAWESI TENGGARA	18.40	15.20
29	GORONTALO	13.60	12.90
30	SULAWESI BARAT	14.20	14.60
31	MALUKU	19.20	19.00
32	MALUKU UTARA	14.00	17.70
33	PAPUA BARAT	20.60	23.60
34	PAPUA	23.80	15.20
	INDONESIA	11.40	10.60

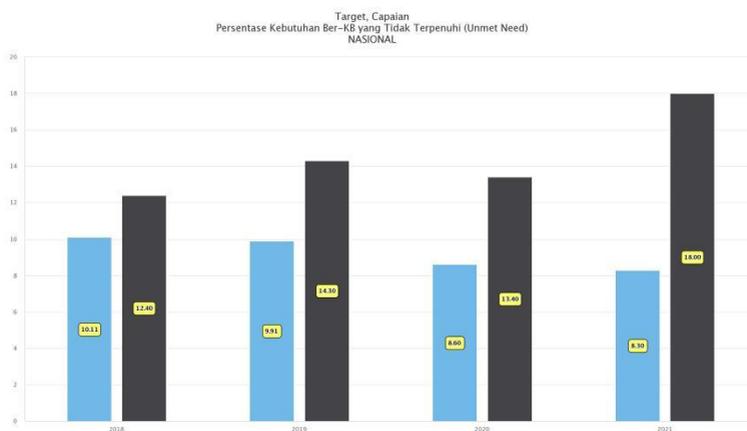
Source Url:

<https://www.bps.go.id/indicator/30/1326/1/persentase-unmet-need-kb-kebutuhan-keluarga-berencana-kb-yang-tidak-terpenuhi-menurut-provinsi.html>

Dari tabel 2 terlihat bahwa *unmet need* di Indonesia mengalami penurunan dari 11,4% pada tahun 2012 menjadi 10,60% pada tahun 2017. Angka Unmet Need tertinggi per provinsi tahun 2012

berada di Provinsi Papua dengan angka 23,60% diikuti Provinsi Papua Barat dengan angka 20,6%. Sedangkan tahun 2017 tertinggi di Provinsi Papua Barat dengan angka 23,5% diikuti oleh Maluku dengan 19.00%.

Perkembangan capaian *unmet need* Indonesia tahun berikutnya yaitu 2018–2021 di semua tahun tidak mencapai angka yang ditargetkan. Capaian angka tersebut masih di atas angka yang ditargetkan. Tahun 2018 target sebesar 10,11% tercapai 12,4%. tahun 2019 target sebesar 9,91% tercapai 14,3%. tahun 2020 target sebesar 8,6% tercapai 13,4%. Persentase capaian *unmet need* tertinggi ada di tahun 2021 dengan target sebesar 8,3% namun realisasinya 18%, kurang dari separo dari target yang diharapkan. Selengkapnya disajikan pada gambar 7 berikut:



Sumber : <http://dashboard.bkkbn.go.id/indikator-program>

Gambar 7
Target dan Capaian *Unmet Need* 2018–2021

Ketidaktercapaian angka *unmet need* dari target, perlu menjadi perhatian khusus pemerintah untuk mengupayakan lebih keras menurunkan angka *unmet need* KB. Berbagai cara bisa dilakukan di antaranya pemberian fasilitas KB, sarana dan prasarana akses KB, sekaligus edukasi yang memadai kepada masyarakat. Upaya-upaya tersebut dilakukan dalam rangka pengendalian jumlah penduduk agar tercapai pembangunan kependudukan dan SDM sesuai yang diharapkan.

Bab 5

Penyebab Terjadinya *Unmet Need*

Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, alasan tingginya *unmet need* KB selain karena sosial demografi dan ekonomi juga karena efek samping dari metode kontrasepsi. Efek samping dari metode kontrasepsi juga merupakan faktor yang menyebabkan akseptor mengalami *drop-out* dari KB yang digunakan (Witjaksono, 2012). Faktor penyebab *unmet need* pada intinya dibagi 2 yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

5.1. Faktor Internal

Faktor internal meliputi: umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan suami, status pekerjaan ibu, wilayah tempat tinggal, pendapatan keluarga, jumlah anak hidup, tingkat pengetahuan KB, sikap terhadap KB, riwayat penggunaan kontrasepsi, dan efek samping kontrasepsi. Berikut uraian masing-masing faktor internal:

1). **Umur.** Umur adalah usia ibu yang secara garis besar menjadi indikator dalam

kedewasaan dalam setiap pengambilan keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya. Usia yang cukup dalam mengawali atau memasuki masa perkawinan dan kehamilan akan membantu seseorang dalam kematangan dalam menghadapi persoalan atau masalah, dalam hal ini keputusan untuk menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan (Notoatmodjo, 2010).

Masa kehamilan reproduksi wanita pada dasarnya dapat dibagi dalam tiga periode, yakni kurun muda (15-19 tahun), kurun reproduksi sehat (20-35 tahun), kurun reproduksi tua (36-45 tahun). Pembagian ini didasarkan atas data epidemiologi bahwa risiko kehamilan dan persalinan baik bagi ibu maupun bagi anak lebih tinggi pada usia kurang dari 20 tahun, paling rendah pada usia 20-35 tahun dan meningkat lagi secara tajam setelah 35 tahun. (Siswosudarmo, 2007).

Penelitian yang dilakukan di Teluk Anekal, Karnataka, didapatkan hasil ada hubungan antara umur dengan *unmet need* KB. Berdasarkan hasil analisis hubungan faktor usia dengan kejadian *unmet need* KB dapat diketahui bahwa ada hubungan signifikan dengan nilai *p value* 0,001 dan nilai OR sebesar 13,01 menunjukkan bahwa responden yang memiliki umur >18 tahun hingga

≤ 34 tahun berisiko 13,01 terkena *unmet need* KB dibandingkan dengan responden yang memiliki usia > 34 tahun.

2). Tingkat Pendidikan. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual, keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang digunakan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara. Tingkat pendidikan adalah jenjang belajar formal tertinggi yang telah ditamatkan seseorang. Tingkat pendidikan dengan penyebaran penyakit dan tingkat kematian. Kelompok masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih mengetahui cara-cara mencegah penyakit (Notoatmojo, 2014).

Kategori pendidikan menurut Arikunto (2010)

1. Pendidikan rendah : Sekolah Dasar (SD), (MI), (SMP) (MTS)
2. Pendidikan tinggi : Sekolah Menengah Atas (SMA), (MAN), SMK dan Perguruan Tinggi

Kategori pendidikan menurut Undang-Undang No. 20 tahun 2003:

1. Pendidikan dasar/rendah : SD SMP,
2. Pendidikan menengah : SMA/SMK
3. Pendidikan tinggi : Diplomat atau Sarjana

Penelitian yang dilakukan di kota Gorontalo, berdasarkan hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa mayoritas responden berpendidikan rendah mengalami *unmet need* sebanyak 138 responden 50,5%. Hasil uji *chi square* menunjukkan pendidikan ibu memiliki berhubungan yang bermakna dengan *unmet need*. Nilai (OR) 0,372 artinya ibu yang berpendidikan rendah memiliki risiko 0,372 kali mengalami *unmet need* dibandingkan yang berpendidikan tinggi. Sehingga dapat disimpulkan pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *unmet need* KB (Porouw et al., 2014).

3). Status Pekerjaan Suami. Pekerjaan adalah kegiatan atau aktifitas seorang untuk memperoleh penghasilan, guna memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari. Dimana pekerjaan tersebut sangat erat dengan kehidupan sehari-hari dalam memenuhi hidup. Pekerjaan suami berperan dalam menghidupkan perekonomian keluarga. Apabila

perekonomian keluarga tergolong rendah, dapat menyebabkan kemampuan daya beli menurun, sehingga PUS tersebut tidak dapat mencukupi kebutuhan kontrasepsi atau ber-KB. Sebaliknya apabila perekonomian keluarga baik, maka keluarga tersebut dapat memenuhi kebutuhan dari primer, sekunder hingga tersier, sehingga keluarga tersebut mampu untuk mencukupi kebutuhan kontrasepsi atau ber-KB (Hartanto, 2011).

4). Status Pekerjaan Ibu. Seseorang yang bekerja dapat memberikan gambaran seberapa aktifnya seseorang tersebut diluar rumah. Seseorang yang bekerja akan lebih sering terpapar dengan berbagai aktifitas atau sumber informasi, termasuk informasi mengenai pengambilan keputusan untuk berKB. Sehingga dapat diasumsikan bahwa seseorang yang bekerja lebih mempunyai akses terhadap informasi yang luas daripada yang tidak bekerja sehingga menambah pengetahuan. Pekerjaan sangat erat dengan kehidupan sehari-hari dalam memenuhi hidup. Haryanto menyatakan dalam hal status pekerjaan ibu, ternyata ibu yang tidak bekerja mempunyai peluang menjadi *unmet need* lebih

besar dibandingkan ibu yang bekerja (Juliaan, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Hasnawatty Surya Porouw (2014) di Kecamatan Gorontalo Sipatana Kota Gorontalo berdasarkan hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa ibu yang *unmet need* lebih banyak ditemukan pada ibu yang tidak bekerja yaitu sebanyak 118 responden 49,6%. Hasil *chi-square* menunjukkan pekerjaan ibu memiliki hubungan yang bermakna dengan *unmet need*. Nilai OR 0,597 artinya ibu yang tidak bekerja memiliki risiko 0,597 kali mengalami *unmet need* dibandingkan dengan ibu yang bekerja. sehingga status pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *unmet need* KB.

5). Wilayah Tempat Tinggal. Wilayah tempat tinggal berpengaruh terhadap karakteristik seseorang. Biasanya masyarakat yang tinggal di daerah pedesaan memiliki tingkat fertilitas lebih tinggi dibandingkan dengan daerah perkotaan. Menurut Israwati (2009) wanita perkotaan umumnya lebih banyak yang mempunyai anak 1-2 anak, sedangkan pada wanita pedesaan umumnya lebih dari 5 anak. Menurut

penelitian Dimas anggoro Putra (2017) tingkat *unmet need* KB di daerah perkotaan sebesar 24,49% sedangkan tingkat *unmet need* KB di daerah perdesaan mencapai 30%.

6). Pendapatan Keluarga. Pendapatan adalah jumlah penghasilan seluruh anggota keluarga. Pendapatan berhubungan dengan kebutuhan-kebutuhan keluarga, penghasilan yang tinggi dan teratur membawa dampak positif bagi keluarga karena seluruh kebutuhan sandang, pangan, papan dan transportasi serta kesehatan dapat terpenuhi. Akan tetapi tidak demikian dengan keluarga yang pendapatannya rendah, mereka akan cenderung mengakibatkan keluarga mengalami kekurangan dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya yang salah satunya adalah pemeliharaan kesehatan (Soekanto, 2006). Untuk pendapatan keluarga dikatakan rendah jika pendapatan kurang dari Upah Minimum Regional (UMR), sedangkan tinggi jika sebaliknya.

Menurut penelitian dari Lisdiyanti Usman (2013) yang dilakukan di Kota Gorontalo, menyatakan 2,7% wanita yang tidak menggunakan alat kontrasepsi karena tidak dapat menjangkau biaya layanan oleh pendapatan dalam keluarga.

7) **Jumlah Anak Hidup.** Menurut BKKBN (2012) jumlah anak dalam keluarga adanya banyaknya anak yang pernah dilahirkan berdasarkan jenis kelamin, dalam kondisi hidup atau menunjukkan tanda-tanda kehidupan seperti bernafas, ada denyut jantung atau denyut tali pusar atau gerakan-gerakan otot, kemudian dijelaskan yang dimaksud dengan keluarga kecil adalah keluarga yang jumlah anaknya paling banyak dua orang, sedangkan keluarga besar adalah suatu keluarga dengan jumlah anak lebih dari dua (>2) orang anak (Infodatin KB, 2014).

Data SDKI (2012) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara jumlah anak hidup dengan kejadian *unmet need* KB. Hubungan antara *unmet need* KB dan jumlah anak hidup sangat dipengaruhi oleh *preferensi fertilitas* dari pasangan. Dapat dilihat dua kemungkinan situasi yang dapat mengakibatkan terjadinya *unmet need* KB yaitu apakah kebutuhan KB untuk menjarangkan kelahiran atau kebutuhan KB untuk membatasi kelahiran (tidak menginginkan anak lagi). Kedua kondisi tersebut sangat dipengaruhi oleh pertimbangan jumlah anak yang sudah dimiliki dengan *preferensi fertilitas* yang diinginkan pasangan tersebut. Semakin

besar jumlah anak masih hidup yang dimiliki, maka akan semakin besar kemungkinan *preferensi fertilitas* yang diinginkan sudah terpenuhi, sehingga semakin besar peluang munculnya keinginan untuk menjarangkan kelahiran atau membatasi kelahiran dan begitu pula peluang terjadinya *unmet need* KB bagi wanita tersebut.

Menurut penelitian yang dilakukan Husnawatty Surya Porouw (2014) mendapatkan hasil yakni terdapat hubungan antara jumlah anak hidup dengan kejadian *unmet need* didapat hubungan yang bermakna dengan $p\text{-value} = 0,035$. Perhitungan *Odds Ratio* (OR) menunjukkan responden yang memiliki anak kurang dari 2 memiliki resiko 0,597 kali mengalami *unmet need* dibandingkan dengan ibu yang memiliki jumlah anak lebih dari 2.

8) Tingkat Pengetahuan KB. Menurut Notoatmodjo (2010: 50), pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil dari pengetahuan seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (hidung, mata, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas

perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Pengetahuan terkait dengan bagaimana terjangkaunya informasi.

Menurut Teori Snehandu B. Karr dalam Notoatmodjo (2010: 61), terjangkaunya informasi (*accessibility of information*), adalah terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang. Sebuah keluarga mau mengikuti program KB, apabila keluarga ini memperoleh penjelasan yang lengkap tentang keluarga berencana: tujuan ber-KB, bagaimana cara ber-KB (alat-alat kontrasepsi yang tersedia), akibat-akibat sampingan ber-KB dan sebagainya.

Berdasarkan teori perilaku kesehatan Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010:59), pengetahuan merupakan faktor yang mempermudah

atau memprediposisi perilaku seseorang. Untuk mengukur pengetahuan adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan kesehatan adalah “tingginya pengetahuan” responden tentang kesehatan, atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel kesehatan (Notoatmodjo, 2010:56).

9). Sikap Terhadap KB. Sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya (G.W. Allport, 1935:10), dalam <https://dosenpsikologi.com/teori-psikologi-kepribadian-menurut-goldon-allport>). beberapa hal yang berkaitan dengan sikap yaitu struktur sikap, tingkatan sikap, dan macam-macam sikap, dan faktor yang mempengaruhi sikap.

Struktur sikap dibagi menjadi 3 komponen yang saling menunjang yaitu: komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap.

Seperti dalam keyakinan ibu bahwa dengan adanya pengambilan sikap yang tepat dapat mengatasi gumoh pada bayi. Komponen afektif menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen afektif ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Ibu merasa bertanggung jawab terhadap keadaan bayinya. Ketiga, komponen konatif menunjukkan bagaimana kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya (Azwar, 2011).

Tingkatan sikap memiliki beberapa tingkat yakni: Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subyek) dapat menerima dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Merespon (*responding*), yaitu memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Menghargai (*valuing*) yaitu mengajak atau mendiskusikan dengan orang lain tentang suatu masalah merupakan indikasi sikap tingkat tiga. Sedangkan tingkat ke empat adalah bertanggung jawab (*responsible*) seseorang dapat bertanggung jawab atas apa yang dipilihnya dan resiko yang didapat.

Macam-macam sikap ada 2 yang meliputi sikap positif dan negatif. Sikap positif adalah sikap yang memiliki kecenderungan tindakannya adalah mendekati, menyenangkan, dan mengharapkan obyek tertentu. Sedangkan sikap negatif memiliki kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, dan tidak menyukai obyek tertentu.

Sedangkan **Faktor yang mempengaruhi sikap**, ada beberapa hal yaitu:

- i. *Pengalaman pribadi*: Untuk menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat, karena sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.
- ii. *Pengaruh orang lain yang dianggap penting*: pada umumnya individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

- iii. *Pengaruh kebudayaan:* kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.
- iv. *Media massa:* Berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh yang besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan individu. Media massa memberikan pesan-pesan yang sugestif yang mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Jika cukup kuat, pesan-pesan sugestif akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.
- v. **Lembaga pendidikan dan lembaga agama:** konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah

mengerankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

- vi. **Faktor emosional:** suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego (Azwar, 2011).

10). Riwayat Penggunaan Kontrasepsi.

Riwayat penggunaan kontrasepsi menjadi salah satu penyebab kejadian *unmet need* KB. Riwayat ber-KB yang ditimbulkan sebelumnya seperti kegagalan kontrasepsi sebelumnya dan trauma yang ditimbulkan dari efek samping kontrasepsi. (SDKI, 2007).

Saat ini, ada banyak perempuan yang memilih untuk tidak menggunakan kontrasepsi karena khawatir tentang risiko kesehatan dan efek samping dari berbagai metode, atau mereka menemukan metode kontrasepsi terlalu nyaman untuk digunakan. Adapun hambatan untuk pelaksanaan program Keluarga Berencana yang efektif dan mengurangi kebutuhan yang tidak terpenuhi (*unmet need*) untuk kontrasepsi bertahan karena alasan, yakni:

- a. Seorang wanita tidak percaya bahwa dia berada pada risiko hamil.
- b. Tidak ada informasi tentang metode kontrasepsi, atau adanya kekhawatiran tentang risiko kesehatan dan efek samping kontrasepsi.
- c. Tidak tersedia atau berbagai metode yang tidak tersedia.
- d. Pasangannya atau anggota keluarga dekat yang menentang metode KB.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hedrina (2011) diketahui bahwa ada alasan penyebab *unmet need* di Kelurahan Kaya Kubu yaitu kesalahan dalam pemakaian alat kontrasepsi, sehingga perempuan mengambil keputusan untuk tidak akan lagi memakai alat kontrasepsi akan menggunakan kesehatan mereka dan jika pemakaian alat kontrasepsi dihentikan maka kesehatan mereka tidak akan terganggu lagi.

11). Efek Samping Kontrasepsi. Efek samping dalam dunia kedokteran adalah suatu dampak atau pengaruh yang merugikan dan tidak diinginkan, yang timbul sebagai hasil dari suatu pengobatan atau intervensi lain seperti pembedahan. Hasil SDKI 2007, alasan tingginya

unmet need KB selain karena sosial demografi dan ekonomi juga karena alasan fertilitas dan efek samping dari metode kontrasepsi. Efek samping dari metode kontrasepsi juga merupakan faktor yang menyebabkan akseptor mengalami *drop-out* dari KB yang digunakan (Witjaksono, J, 2012).

Banyak perempuan mengalami kesulitan dalam menentukan pilihan jenis kontrasepsi. Hal ini tidak hanya karena terbatasnya metode yang tersedia, tetapi juga oleh ketidaktahuan mereka tentang persyaratan dan keamanan metode kontrasepsi tersebut. Berbagai faktor harus dipertimbangkan termasuk status kesehatan, efek samping potensial, konsekuensi kegagalan atau kehamilan yang tidak diinginkan, besar keluarga yang direncanakan, persetujuan pasangan bahkan norma budaya lingkungan dan orang tua.

5.2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor yang tidak melekat pada pribadi Wanita Usia Subur (WUS). Faktor ini dapat diartikan sebagai faktor yang dipandang dari segi pemerintahan maupun segi pelayanan KB terhadap masyarakat. Faktor eksternal tersebut antara lain sikap pemerintah

yang kurang dalam melayani WUS *Unmet Need*, pelayanan KB yang kurang pada WUS *Unmet Need*, serta adanya hambatan karena larangan adat. (Listyaningsih, 2016)

1). Sikap pemerintah yang kurang dalam melayani WUS *Unmet Need*

Pemerintah memiliki upaya untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat, yaitu dengan pelaksanaan program Keluarga Berencana (Listyaningsih & , Sumini, 2016). Namun, terjadinya *Unmet Need* juga berkaitan dengan kurangnya sikap pemerintah dalam memberikan layanan Keluarga Berencana. Kurangnya peran pemerintah dapat dilihat dari ketersediaan alat kontrasepsi di sumber pelayanan pemerintah yang menurun, sehingga konsumen terpaksa memperoleh pelayanan dari swasta. Dengan terbatasnya jumlah pelayanan kontrasepsi yang murah oleh pemerintah, maka sangat merugikan keluarga miskin yang tidak mampu menjangkau sektor swasta untuk memperoleh pelayanan kontrasepsi yang cenderung mahal (Listyaningih, 2016).

2). Pelayanan KB yang kurang pada WUS *Unmet Need*

Peningkatan dari terjadinya unmet need dapat disebabkan kurangnya atau melemahnya

pelayanan KB terhadap masyarakat, yang termasuk diantaranya adalah kurangnya pelayanan konseling mengenai alat kontrasepsi. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dansereau (2017) bahwa responden mengetahui banyak metode modern saat ini, namun tidak mengetahui pengetahuan yang lebih dalam mengenai KB serta masih meluasnya kesalahpahaman tentang faktor resiko atau efek samping yang terjadi dalam penggunaan alat kontrasepsi. Seorang wanita muda menyatakan bahwa "Saya mendengar tentang implan, tapi saya tidak tahu persis apa itu." yang mana membuktikan bahwa masih kurangnya pengetahuan lebih dalam terhadap KB. Dijelaskan pula oleh responden lain bahwa "Petugas KB datang untuk berbicara dengan kami, tetapi kami tidak tahu metode apa yang baik dan kami tidak diberitahu." dari hal tersebut khususnya menjelaskan bahwa responden merasa tidak mendapat informasi tentang efek samping pada masing-masing metode KB serta tidak ada arahan dalam pemilihan metode yang aman dan nyaman. Selain itu, perempuan remaja melaporkan untuk meminta lebih banyak informasi kesehatan reproduksi dari orang tua, sekolah serta media sosial yang saat ini sangat berkembang dalam hal informasi untuk bisa menjadi sumber pengetahuan kesehatan reproduksi. Sejalan dengan penelitian oleh Sariyati, (2016) yang menyebutkan bahwa

perlunya sosialisasi KB bagi WUS dengan *Unmet Need* untuk meningkatkan pemahaman KB khususnya tentang efek samping dari alat kontrasepsi yang bertujuan menurunkan kebutuhan KB yang tidak terpenuhi serta meningkatkan keterampilan berkomunikasi yang baik bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan KB.

3). Hambatan karena larangan adat istiadat

Penggunaan alat kontrasepsi masih dilatarbelakangi oleh faktor adat istiadat atau budaya dan keagamaan (Listyaningsih, 2016). Ada berbagai macam pendapat pada penelitian mengenai hubungan adat istiadat dengan terjadinya *Unmet Need* Menurut Nurjannah (2016) penyebab WUS tidak menggunakan alat kontrasepsi adalah adanya pengaruh kebudayaan setempat yang beranggapan bahwa anak laki-laki lebih bernilai dari anak perempuan sehingga pasangan suami istri akan berusaha untuk menambah jumlah anak jika belum juga mendapatkan anak laki-laki. Anggapan sebagian masyarakat bahwa kedudukan anak laki-laki sangat dominan sebagai faktor penerus keturunan. Apabila suatu keluarga tidak memiliki keturunan laki-laki maka kalangan kelompok masyarakat sekitar beranggapan hubungan dengan silsila kelompok akan terputus. Dari hal tersebut masyarakat menyebutkan bahwa apabila mengajak

seseorang untuk ber-KB maka sama saja mengajak untuk meninggalkan norma-norma lama. Salah satu norma lama yang ada di masyarakat adalah anak sebagai jaminan hari tua, semakin banyak anak maka akan semakin menguntungkan bagi keluarga.

Namun hal tersebut tidak sejalan dengan hasil penelitian Uljanah (2016) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor agama dengan kejadian *unmet need*, hal ini terlihat dari jawaban responden bahwa pada umumnya agama tidak melarang serta penggunaan alat kontrasepsi dinilai tidak haram.

Dari berbagai macam faktor eksternal atau faktor yang tidak melekat pada pribadi WUS seperti sikap pemerintah yang kurang dalam melayani WUS *unmet need*, pelayanan KB yang kurang pada WUS *unmet need*, serta adanya hambatan karena larangan adat, maka peneliti memutuskan untuk tidak meneliti faktor tersebut dikarenakan faktor eksternal ini sangat multifaktorial atau memiliki banyak faktor sehingga sangat sulit untuk dikendalikan dan juga membutuhkan kerjasama lintas sektoral.

Sedangkan faktor penyebab Unmet Need juga dapat dianalisis dari **faktor pemungkin** terjadinya *unmet need*, Yaitu:

1).Penerimaan Informasi tentang KB

Penerimaan informasi dari petugas KB dikenal dengan program KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi). KIE bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik KB sehingga tercapai penambahan peserta baru serta membina kelestarian peserta KB. Tingginya angka *unmet need* dapat disebabkan karena kurangnya informasi tentang metode kontrasepsi. Dalam penelitian (Porouw, 2014) kendala yang paling banyak bagi wanita *unmet need* di negara-negara berkembang adalah kurangnya pengetahuan dan informasi tentang penggunaan kontrasepsi.

Penerimaan informasi mengenai KB adalah salah satu faktor penting untuk mengatasi permasalahan kebutuhan KB yang tidak terpenuhi. Informasi mengenai kontrasepsi tidak hanya bersumber dari petugas kesehatan, melainkan juga bisa didapatkan melalui media cetak, elektronik dan sosial. Informasi dapat berupa jenis kontrasepsi yang cocok digunakan, cara penggunaan metode atau alat kontrasepsi.

Pemberian informasi dan penyuluhan KB oleh petugas kesehatan tidak hanya diberikan kepada isteri saja, tetapi suami juga perlu

diberikan informasi dan penyuluhan KB karena penolakan dari suami dan kurangnya diskusi pasangan akan meningkatkan probabilitas wanita untuk mengalami status *unmet need*.

2). Akses Pelayanan Kesehatan

Akses merupakan faktor yang sangat penting dalam hal pemakaian kontrasepsi. Ketersediaan fasilitas/sarana kesehatan serta jarak atau keterjangkauan fasilitas dan sarana kesehatan merupakan hal yang cukup berpengaruh terhadap adanya kelompok kebutuhan KB yang tidak terpenuhi. Akses KB yang terlalu jauh untuk mendapatkan alat kontrasepsi merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan KB yang tidak terpenuhi. Pemakaian kontrasepsi dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan. Pengaruh kontrasepsi relatif lebih tinggi di wilayah pusat atau yang lebih dekat dengan ibu kota yang memiliki sumber daya relatif lebih baik untuk pelayanan kesehatan (Beaujot, 2011).

Penyebab *Unmet need* juga dapat dianalisis dari **faktor penguat** yang mempengaruhi terjadinya, yaitu

1). Dukungan Suami

Dukungan suami menurut merupakan sikap penuh perhatian yang ditunjukkan dalam bentuk kerjasama yang baik, serta memberikan dukungan moral dan emosional. Dukungan suami adalah dukungan yang diberikan suami terhadap istri, suatu bentuk dukungan dimana suami dapat memberikan bantuan secara psikologis baik berupa motivasi, perhatian dan penerimaan. Dukungan suami merupakan hubungan bersifat menolong yang mempunyai nilai khusus bagi istri sebagai tanda adanya ikatan-ikatan yang bersifat positif.

Kesepakatan antara suami dan istri dalam pengambilan keputusan dalam keluarga khususnya dalam bidang keluarga berencana dan kesehatan reproduksi sangat dibutuhkan. Para suami diharapkan dapat berpikir logis untuk melindungi istrinya dengan mengizinkan istrinya menggunakan KB dengan memilih salah satu alat kontrasepsi yang sesuai dengan kondisinya atau dirinya sendiri ikut serta menggunakan KB. Dukungan suami yang diberikan seperti seperti memberikan biaya untuk alat kontrasepsi, mengantar ke tempat pelayanan KB, meningkatkan atau menyarankan untuk menggunakan KB.

Menurut hasil penelitian dari Nurul Hudha Fadhila (2016) yang dilakukan di Kecamatan Padang Barat besarnya hubungan dukungan suami dengan kejadian *unmet need* dengan hasil *p-value* 0,014 dan nilai OR 3,2 berarti responden yang tidak mendapatkan dukungan suami berisiko 3,2 kali untuk *unmet need* KB dari pada responden yang mendapatkan dukungan suami.

2). Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan salah satu dukungan yang diberikan oleh kerabat dekat seperti orang tua, mertua, teman atau tetangga. Dukungan sosial dari orang sekitar sangat berpengaruh dengan kejadian *unmet need* KB. Dukungan informatif meliputi petunjuk-petunjuk, saran-saran ataupun umpan balik. Menurut penelitian Uljanah (2016) dukungan sosial yang kurang mendukung pada kelompok *unmet need* KB sebesar 47,1% lebih banyak dibandingkan kelompok bukan *unmet need* KB yaitu sebesar 23,5%. Hal ini terjadi karena umumnya orang tua tidak memberikan dukungan dalam hal anjuran untuk ber-KB kepada responden.

3). Peran Petugas Kesehatan

Tenaga kesehatan mempunyai peran sebagai konselor. Seorang konselor melakukan konseling kepada wanita pasang usia subur agar perilaku wanita usia subur dapat berubah yaitu wanita pasangan usia subur mengetahui tentang KB dan menggunakan alat Kontrasepsi. Peran petugas kesehatan meliputi KIE, mengadakan pencatatan dan pelaporan, melakukan pembinaan PUS baik yang sudah ber-KB maupun yang belum, melakukan motivasi serta kegiatan lainnya dalam upaya peningkatan pelaksanaan program KB

Peran petugas kesehatan sangat mempengaruhi kejadian *unmet need* dalam memberikan konseling KB dapat meningkatkan penggunaan kontrasepsi pada wanita pasangan usia subur.

Bab 6

Tantangan dan Dampak Unmet Need

6.1. *Unmet Need* : Tantangan Program KB

Di Indonesia angka *unmet need* mencapai 11 persen dengan 4 persen untuk penjarangan dan 7 persen untuk pembatasan. Angka ini meningkat dibanding dari hasil survey sebelumnya yaitu 8,6 persen. Sebenarnya, angka prevalensi penggunaan kontrasepsi meningkat dari 50% pada tahun 1991 menjadi 62 % pada tahun 2012, namun dalam kurun waktu 10 tahun terakhir penggunaan kontrasepsi modern hanya meningkat 1% saja. Presentase wanita kawin yang memerlukan pelayanan KB saat ini di Indonesia sekitar 73% dimana 85% diantaranya telah terpenuhi. Jika semua kebutuhan pelayanan KB terpenuhi maka prevalensi kontrasepsi dapat ditingkatkan dari 62% menjadi 73%. Dari laporan SDKI 2012, data ini tidak berubah. Sebanyak 88% wanita berstatus kawin memiliki kebutuhan pelayanan KB yang terpenuhi hampir sama dengan keadaan pada tahun 2007 (87 %), artinya presentase akseptor baru tidak meningkat secara signifikan hanya 1% saja.

(<http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2014/10/ARTIKEL-UNMET-NEED.pdf>).

Pada tahun 2017, sebanyak 5 daerah *unmet need* tinggi di Indonesia tersebar di provinsi di berbagai provinsi di Indonesia yaitu Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, Kalimantan Utara, Sulawesi Tenggara dan Papua, sebagaimana disajikan pada tabel 1. Tantangan yang dihadapi pemerintah adalah menurunkan angka *unmet need* ini. Negara-negara yang juga memiliki kondisi yang sama dengan Indonesia telah berusaha menempuh beberapa cara untuk menangani *unmet need* di negaranya masing-masing. Pada tahun 2010, negara di Asia Pasifik mengemukakan isu yang menjadi fokus dalam menghadapi tantangan program KB, diantaranya dengan peningkatan kualitas dan cakupan informasi dan pelayanan serta penguatan keterlibatan masyarakat dalam meningkatkan kesadaran akan kebutuhan program keluarga berencana.

BKKBN berusaha untuk menurunkan angka *unmet need* karena merupakan salah satu faktor penyebab 75 persen kematian ibu di Indonesia dan juga di dunia. Kematian ibu di Indonesia diperkirakan meningkat menjadi 359 jiwa setiap 100.000 kelahiran hidup dan bila *unmet need* tidak segera ditangani, maka angka ini akan makin tinggi. Wanita usia reproduksi yang tidak menggunakan KB

berpeluang besar untuk hamil dan mengalami komplikasi dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas. Hal ini dapat disebabkan aborsi karena *unwanted pregnancy*, jarak hamil terlalu dekat, melahirkan terlalu banyak maupun komplikasi penyakit selama kehamilan, penyulit saat persalinan, dan komplikasi masa nifas.

Perbincangan tentang *Unmet need* sebenarnya sudah merebak sejak tahun 1960-an, namun baru dirasakan penting untuk diteliti pada awal tahun 1990-an. Berdasarkan hasil analisis perbandingan studi fertilitas antara beberapa negara di dunia, proporsi kelompok *unmet need* cukup menonjol di beberapa negara berkembang termasuk Indonesia. Hasil penelitian tersebut sangat penting untuk mendapatkan gambaran pencapaian program KB dan mengetahui keadaan sasaran yang belum tergarap, dengan mengetahui proporsi kelompok tersebut akan diketahui besarnya sasaran potensial yang masih perlu diajak untuk ber-KB.

Di Negara berkembang, wanita usia reproduksi yang tidak menggunakan kontrasepsi lebih memilih untuk menunda atau membatasi kelahiran. Hal ini menunjukkan kegagalan mereka untuk mengambil keputusan yang diperlukan untuk mencegah dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan. Westoff, Charles F dan Luis Hernadno

Ochoa (1991) menyatakan bahwa *unmet need* dapat dilihat pada tahapan transisi fertilitas suatu negara. Dua faktor penting yang menentukan penurunan *unmet need* adalah perubahan prevalensi kontrasepsi dan perubahan perilaku reproduksi.

6.2. Dampak *Unmet Need*

Dampak dari terjadinya *unmet need* meliputi dampak bagi keluarga, dampak nasional, dampak global serta dampak ekonomi.

1). Dampak Bagi Keluarga

Dampak bagi keluarga karena kehamilan yang terjadi akibat *Unmet Need* ada banyak. Pertama, dari segi kehamilan tidak tepat dalam kesiapan mental maupun kehamilan tidak tepat waktu (*mistimed pregnancy*) yang dapat diartikan sebagai wanita usia subur yang belum siap dalam segi waktu untuk hamil karena masih ingin menunda. Terjadinya kehamilan yang tidak siap mental serta tidak tepat waktu tersebut mengakibatkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) (Saptarini & Suparmi, 2016).

Kehamilan yang tidak diinginkan memberi dampak stres psikologi bagi keluarga atau munculnya kecemasan pasangan usia subur terhadap kemungkinan terjadinya kehamilan yang tidak terencana akibat tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun baik istri maupun suami, sehingga adanya kecenderungan bagi pasangan usia subur yang tidak memeriksakan kehamilannya, tidak memberikan imunisasi yang kuat serta kurang benarnya perilaku ibu dalam menyusui.

Kehamilan yang tidak diinginkan serta stress psikologi bagi keluarga tersebut dapat juga mendorong terjadinya keguguran maupun pengguguran (aborsi), berat badan lahir rendah serta kelahiran premature, hal tersebut tentu memberi dampak dari meningkatnya risiko kematian ibu dan anak (Saptarini & Suparmi, 2016). Sehingga dapat disimpulkan bahwa dampak bagi keluarga akibat kehamilan yang terjadi karena *Unmeet Need* meliputi kehamilan yang tidak diinginkan, stress psikologi atau kecemasan keluarga, aborsi, serta angka kematian ibu dan bayi yang terus meningkat.

2). Dampak Nasional

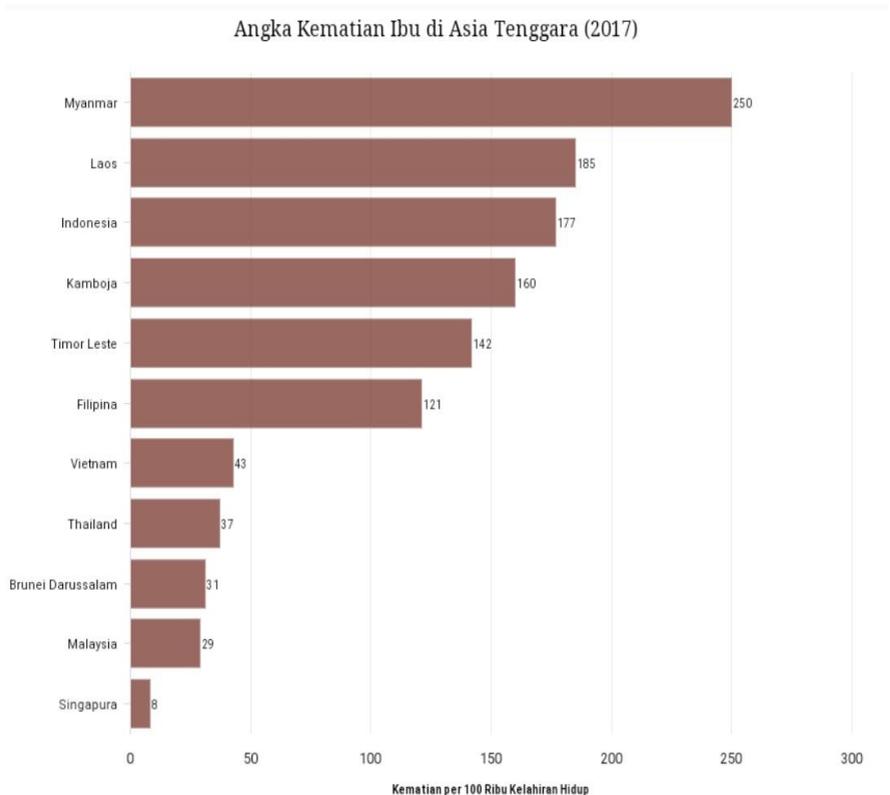
Dampak nasional yang terjadi saat ini adalah Indonesia belum bisa menekan angka *Unmet Need* dengan data BKKBN (2017) yaitu masih menempati 17,5 persen, sedangkan Rencana Strategis (Renstra) tahun 2015–2019 menargetkan *Unmet Need* di tahun 2017 berada di angka 10,26 persen. Sedangkan tahun 2021 angka *Unmet Need* juga tidak mencapai target karena dampak Pandemi Covid-19. Hal ini memberikan peran pada jumlah penduduk yang terus meningkat dari tahun ke tahun.

Berdasarkan proyeksi jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2010–2035 dengan dasar hasil dari Sensus Penduduk, menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia akan terus meningkat yaitu dari 238,5 juta menjadi 305,6 juta penduduk dalam kurun waktu dua puluh lima tahun (Badan Pusat Statistik, 2017). Tercatat pada tahun 2010 laju pertumbuhan penduduk mencapai angka 1,49 persen. Sedangkan BKKBN menetapkan sasaran laju pertumbuhan penduduk tahun 2010–2015 sebanyak 1,38 persen.

Pertumbuhan penduduk yang seimbang pula dapat dilihat dari angka kelahiran total/*Total Fertility Rate* (TFR). Data TFR yang diharapkan

menurun, tetapi realitanya berada di angka yang menetap yaitu 2.6 pada tahun 2002–2012 dan hanya menurun menjadi 2.4 pada tahun 2017. Angka tersebut dikhawatirkan tidak sesuai dengan proyeksi penduduk pada tahun 2020 dengan angka TFR mencapai 2,1 persen. Apabila nilai laju pertumbuhan penduduk menetap diangka 1,49 persen serta angka TFR yang tidak juga menurun, maka sangat mungkin ledakan penduduk akan terjadi (www.bkkbn.go.id, 2018).

Dampak nasional akibat *unmet need* selain dari segi ledakan penduduk, dapat pula menyebabkan angka kematian ibu dan bayi yang semakin tinggi yang berhubungan dengan *unwanted pregnancy*. Berdasarkan data dari *United Nations Children's Fund* (UNICEF) Indonesia (2012) setiap tiga menit di Indonesia, satu anak balita meninggal dunia dan setiap jamnya satu perempuan meninggal dunia ketika melahirkan atau karena sebab yang berhubungan dengan kehamilan. Data dari *World Bank Angka Kematian Ibu (AKI)* tahun 2017, negara Indonesia menempati urutan ketiga tertinggi di Asia Tenggara, setelah Myanmar dan Laos, seperti gambar 8.



Sumber :

<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/04/21/angka-kematian-ibu-indonesia-ketiga-tertinggi-di-asia-tenggara>

Gambar 8.

Angka Kematian Ibu di Asia Tenggara Tahun 2017

AKI di Indonesia tercatat sebesar 177 kematian per 100 ribu kelahiran hidup pada 2017.

Rasio itu sudah lebih baik dari belasan tahun sebelumnya yang lebih dari 200 kematian per 100 ribu kelahiran hidup. Kendati, AKI Indonesia masih ketiga tertinggi di Asia Tenggara. Negara yang punya AKI lebih besar dari Indonesia adalah Myanmar (250 kematian per 100 ribu kelahiran hidup) dan Laos (185 kematian per 100 ribu kelahiran hidup). AKI di Kamboja, Timor Leste, dan Filipina juga masih di atas 100 kematian per 100 ribu kelahiran hidup. Sementara, lima negara lainnya di Asia Tenggara memiliki AKI yang lebih baik karena sudah di bawah 100 kematian per 100 ribu kelahiran hidup. Kelima negara tersebut adalah Vietnam, Thailand, Brunei Darussalam, Malaysia, dan Singapura.

Sedangkan BKKBN melaporkan bahwa pada tahun 2019 AKI Indonesia masih tetap tinggi yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup, dan tahun 2020 bertambah 418 kasus dibandingkan tahun 2019, karena adanya Pandemi Covid-19 (<https://sumsel.antaranews.com/berita/598429/indonesia-duduki-peringkat-ketiga-negara-dengan-angka-kematian-ibu-tertinggi-di-asean>). Tingginya jumlah angka kematian pada ibu bukan permasalahan yang mudah untuk diselesaikan, namun peningkatan penggunaan KB akan berkontribusi besar pada penurunan AKI. Dalam hal ini negara perlu belajar dari negara lain

seperti Kaboja, Vietnam dan Mesir yang bisa menekan AKI hingga 60-70 persen melalui penggunaan program KB, akses pelayanan kehamilan yang adil, serta adanya perbaikan sistem kesehatan terutama bagi remaja putri. Apalagi jika Indonesia ingin mencapai target Sustainable Development Goal' s pada tahun 2030 bahwa jumlah kematian ibu menurun menjadi 70 dari 100.000 kelahiran pertama.

3). Dampak Global

Indonesia merupakan salah satu negara yang belum mencapai target agenda global yang disepakati oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) berkaitan dengan angka kematian ibu dan bayi, sebagaimana target yang ditetapkan dalam *Millenium Development Goal' s* (MDGs) goal ke 4 dan 5 bidang kesehatan ibu dan anak (Saptarini & Suparmi, 2016), serta *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang tercantum dalam goal ke-lima yaitu kesetaraan gender (Akses Kesehatan Reproduksi, Keluarga Berencana), menjamin kesetaraan gender serta memberdayakan seluruh wanita dan perempuan.

Dalam hal ini, secara umum PBB memiliki target agenda global yang akan terus

diperbaharui setiap 15 tahun, target agenda global yang dikenal sebagai Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals*) berisi 8 tujuan yang dimulai pada tahun 2000 sampai 2015. Untuk melanjutkan MDGs, pada tahun 2015 sampai 2030 telah disepakati oleh 193 negara untuk memperbaharui agenda pembangunan global yang baru dengan cakupan yang lebih luas yaitu Tujuan Pembangunan Berkelanjutan *Sustainable Development Goals* (SDGs) berisi 17 tujuan yang sedang berjalan saat ini. Maka dampak global yang terjadi akibat *unmet need* adalah belum tercapainya target yang telah ditetapkan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa yang tertuang dalam MDGs dan SDGs.

4). Dampak Ekonomi

Tingginya *unmet need* yang mengakibatkan terjadinya ledakan penduduk yang tidak terkendali dapat dilihat secara ekonomi bisa dilihat dari segi ekonomi makro atau ekonomi nasional dan ekonomi mikro yang dinilai dari segi ekonomi keluarga. Secara makro dampak yang dapat terjadi adalah ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan yang tidak tercukupi, seperti tidak tercukupinya fasilitas rumah

sakit dan sekolah. Selain itu, akan terjadi krisis lapangan pekerjaan yang menyebabkan semakin banyaknya pengangguran dan berdampak pada kualitas sosial yang menurun seperti makin banyak pengemis, tuna wisma, dan kriminalitas yang terjadi dimana-mana (Christiani, Tedjo, & Martono, 2014).

Sementara itu dampak ekonomi mikro atau ekonomi dalam keluarga meliputi berkurangnya kebutuhan sandang, pangan, dan papan yang layak sehingga menyebabkan angka kematian ibu dan bayi semakin tinggi.

5). *Unwanted Pregnancy* dan *Unsafe Abortion* : Salah Satu Akibat *Unmet Need*

Upaya peningkatan kualitas program KB ditujukan untuk menghindari jarak kelahiran yang rapat, kehamilan usia muda dan keterbatasan akses terhadap KB, menurunkan jumlah *unwanted pregnancy* dengan harapan akan mengurangi kasus aborsi yang disebabkan karena adanya kehamilan yang tidak diharapkan. Dampak dari sebagian besar *unwanted pregnancy* tersebut akan berakhir dengan aborsi secara paksa. Pada beberapa penelitian diketahui bahwa kejadian kehamilan yang tidak diinginkan

berdampak pada masalah kesehatan wanita terutama karena upaya melakukan pengguguran yang tidak aman. Permasalahan kehamilan yang tidak diinginkan merupakan implikasi dari kejadian *unmet need* KB karena merupakan kehamilan yang tidak direncanakan yang disebabkan karena tidak menggunakan alat kontrasepsi. Ibu yang mengalami kejadian *unmet need* KB dapat mempengaruhi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga ibu yang *unmet need* KB bisa saja mendapatkan anak yang tidak diinginkan sehingga besar kemungkinan dia akan melakukan aborsi.

Penelitian di Nigeria menunjukkan dari 356 responden, 98 responden mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dan 76% dari kehamilan yang tidak diinginkan tersebut disebabkan karena tidak menggunakan KB. Ketersediaan pelayanan KB dapat diterima masyarakat berkaitan dengan penurunan jumlah dan kematian karena aborsi. Tingginya kasus aborsi pada perempuan menikah dengan jumlah paritas tinggi memberikan pemikiran tentang rendahnya pemakaian dan kualitas pelayanan KB.

Unmet need KB juga menyebabkan seseorang melakukan aborsi khususnya pada anak remaja, karena mereka beranggapan masih terlalu dini untuk menjadi seorang ibu dan karena waktunya belum tepat maka janin tersebut digugurkan baik

secara sengaja ataupun spontan. Faktor kejadian *unmet need* KB sebagai faktor independen tidak dapat berdiri sendiri dalam mempengaruhi kejadian kehamilan yang tidak diinginkan. Ibu yang mengalami kejadian *unmet need* KB dapat mempengaruhi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga ibu yang *unmet need* KB bisa saja mendapatkan anak yang tidak diinginkan sehingga besar kemungkinan dia akan melakukan aborsi.

Bab 7

Penutup

Fenomena *unmet need* bersifat multidimensional karena dipengaruhi berbagai faktor diantaranya karakteristik demografi, sosial ekonomi, sikap, dan akses pelayanan. Secara umum, *unmet need* KB banyak terjadi pada perempuan yang menghadapi hambatan keuangan, geografis, pendidikan, dan sosial.

Tingginya *unmet need* mengakibatkan terjadinya kenaikan jumlah penduduk yang signifikan memberikan dampak secara ekonomi. Dalam konteks ekonomi makro, dampak yang dapat terjadi adalah ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan yang tidak tercukupi, krisis lapangan pekerjaan yang menyebabkan banyaknya pengangguran dan berdampak pada kualitas sosial yang menurun. Sementara itu dampak ekonomi mikro atau ekonomi dalam keluarga meliputi berkurangnya kebutuhan sandang, pangan, dan papan yang layak sehingga menyebabkan angka kematian ibu dan bayi semakin tinggi

Upaya penurunan angka *unmet need* di Indonesia harus terus dilakukan dalam rangka pengendalian jumlah penduduk, ditambah lagi kondisi Indonesia yang berada pada masa bonus demografi. Keberhasilan penurunan angka *unmet need* diharapkan mampu memberikan dampak pada peningkatan kualitas penduduk sebagai pelaku dan penerima manfaat pembangunan. Peningkatan kapasitas dan kualitas suatu bangsa melalui pembangunan SDM yang unggul merupakan tugas bersama dalam menciptakan bangsa yang kuat dan negara yang makmur. Melalui SDM yang berkualitas akan berdampak positif tidak hanya terhadap peningkatan daya saing dan kemandirian bangsa, tetapi juga mendukung pembangunan nasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo, SM dan Mujahid, G. , (2014), *UNFPA Indonesia Monograph Series No. 1: Indonesia on the Threshold of Population Ageing*, Jakarta: UNFPA.
- Azwar, Saifuddin, (2011), **Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya**, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Badan Pusat Statistik, (2022), **Analisis Profil Penduduk Indonesia**, BPS, Jakarta.
- Barman, S., (2013), “ *Socio Economic and Demographic Determinans of Unmet Need for Family Planning in India and its Consequences* ” , Research on Humabutues and Social Sciences, Volume 3, Nomer 3, ISSN 222-1719
- Beaujot, R., (2011), **Currently Married women with an Unmet Need for Contraception in Eritra: Profil and Determinants**, Canadian Studies in Population, 38, No. 1-, p.61 - 68.
- Dinas P3AP2KB Kabupaten Sleman, (2017), **Pencapaian Peserta KB Sampai Dengan**

**Agustus 2017, Bidang Pengendalian
Penduduk dan Keluarga Berencana**

Fadhila, Nurul Huda. Ratno Widoyo., dan Fauziah Elitha, (2016), **Unmet Need Keluarga Berencana pada Pasangan Usia Subur di Kecamatan Padang Barat Tahun 2015**, Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas 10(2) : 151-156.

Hedrina, E., (2011), **Faktor Determinan Unmet Need suatu Studi di Kelurahan Kayu Kubu Kecamatan Guguk Panjang Kota Bukit Tinggi.** Diakses dari <http://pasca.unand.ac.id>.

Listyaningsih, Umi, Sumini, dan Sonyaruri Satiti, (2016), **“ Unmet Need: Konsep Yang Masih Perlu Diperdebatkan”**, Jurnal Populasi, Volume 24, No 1, 2016.

Nadiroh, Uswatun Hasanah, (2018), **Buku Non Teks Pendidikan Kependudukan Integrasi Dengan Berbagai Mata Kuliah di Perguruan Tinggi**, Direktorat Kerjasama Pendidikan Kependudukan BKKBN, Jakarta.

Notoatmojo Soekidjo., (2010), **Metodologi Penelitian Kesehatan**, Rineka Cipta, Jakarta.

- Notoatmojo Soekidjo., (2014), **Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan**, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurjannah, Siti Nunung, **Kejadian Unmet Need Pada Perempuan Pasangan Usia Subur (PUS) di Kuningan Jawa Barat**, (2016), Jurnal Bidan “Midwife Journal” Vol. 2 No.1, Januari 2016.
- Pitoyo, Agus Joko dan Muhammad Arif Fahrudin Alfana, (2017), **“Monitoring Rencana Aksi Daerah (RAD) Pembangunan Kependudukan Kabupaten Sleman Tahun 2016 - 2021”** , Materi FGD Lintas Sektoral, September 2017.
- Porouw, Hasnawatty Surya, (2014), **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebutuhan Keluarga Berencana Yang Tidak Terpenuhi (unmet need) di Kecamatan Sipatan Kota Gorontalo**, Jurnal JIKMU, Vol. 5 No. 4, Januari 2015.
(<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/issue/view/943>)
- Rahayu, Anik Puji, Nanik Lestari , Desty Istia Rahma, (2017), **Hubungan Dukungan Suami dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi pada**

Pasangan Usia Subur, Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan Vol 3, No.1. 2018 : 1-12.

Rismawati, Sariesta, (2014), **Unmet Need : Tantangan Program Keluarga Berencana Dalam Menghadapi Ledakan Penduduk Tahun 2030.** <http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2014/10/ARTIKEL-UNMET-NEED.pdf>

Saptarini, Ika, Suparmi, (2016), **Determinan Kehamilan Tidak Diinginkan di Indonesia (Analisi data Sekunder Redinkes 2013)**, <https://media.neliti.com/media/publications/108065-ID-determinan-kehamilan-tidak-diinginkan-di.pdf>

Sariyati, Susiana, Sundari Mulyaningsih, dan Sri Sugiharti, (2016), **” Faktor Yang Berhubungan dengan Terjadinya Unmet Need KB pada PUS di Kota Yogyakarta”** , Jurnal Nasional Kebidanan Indonesia, Volume. 3, Nomer 3, June 2016.

Siswosudarmo HR, H. Moh. Anwar, Ova Emilia, (2007), **Teknologi Kontrasepsi.**

Yogyakarta: Medika fakultas Kedokteran UGM.

Uljanah, Khaerunnisa, Sri Winarni, Atik Mawarni, (2016), **Hubungan Faktor Resiko Kejadian Unmet Need KB (Keluarga Berencana) di Desa Adiwerna Kecamatan Adiwerna, Kabupaten Tegal, Triwulan III Tahun 2016**, Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol.4 No. 4, Oktober 2016.

Wardoyo, Hasto, Dr., dr., Sp. OG (2021), Materi Webinar Implikasi Hasil Sensus Penduduk 2020 Terhadap Kebijakan Pembangunan Kependudukan, Kamis, 4 Februari 2021. <https://www.bkkbn.go.id/berita-laju-pertumbuhan-penduduk-turun-jajaran-bkkbn-diminta-jangan-euforia>

Westoff, Charles F., Luis Hernadno Ochoa, (1991), **Unmet Need and Demand for Family Planning**, DHS Comparatives Studies No. 5, Columbia, Maryland, USA: Institute for Resource Development, July 1991.

Witjaksono J, (2012), **Rencana Aksi Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi**

Tahun 2012–2014. Deputi Bidang KB dan KR
BKKBN. pp. 3–11

<http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2014/10/ARTIKEL-UNMET-NEED.pdf>

<file:///C:/Users/windows%20user/Downloads/artikel%20kb.pdf>

http://pustakamaya.lan.go.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/MGZiY2QyODYzOTIzMmM2ZmFlMWIyNWY5MWI0YzEzZWl5M2U1YzUyNg==.pdf

http://lib.unnes.ac.id/36460/1/6411415123_Optimized.pdf

<http://www.multindo-ms.co.id/index.php/berita/artikel/16-sejarah-program-keluarga-berencana>

<https://www.antaranews.com/berita/2836741/bkkb-n-jumlah-anak-yang-dilahirkan-dapat-pengaruhi-angka-kematian-ibu>

Biodata Penulis

Dr. Sri Suharsih , M.Si

Doktor pada program studi Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, menyelesaikan pendidikan S3 pada tahun 2011. Pendidikan S1 dan S2 diperoleh pada program studi dan universitas yang sama. Sejak tahun 1995 menjadi dosen tetap pada Program Studi Ekonomi Pembangunan FEB UPN “ Veteran ” Yogyakarta, Bidang Konsentrasi Ekonomi dan Kebijakan Publik.

Astuti Rahayu, SE., M.Si

Magister Sains (M.Si) Program Studi Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada pada tahun 2004. Pendidikan S1 diperoleh pada universitas yang sama tahun 1997. Sejak 1997 sampai sekarang menjadi dosen tetap pada Program Studi Ekonomi Pembangunan FEB UPN “ Veteran ” Yogyakarta, Bidang Konsentrasi Ekonomi Pembangunan.

Dr. Eko Amiadji Julianto , M.P

Doktor pada program studi Ilmu Tanah Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret, menyelesaikan pendidikan S3 pada tahun 2019.

Pendidikan S1 tahun 1993 di UPN “Veteran ” Jawa Timur dan S2 di Universitas Gadjah mada tahun 2003 pada program studi dan yang sama. Sejak tahun 1995 sampai sekarang menjadi dosen tetap pada Program Studi Ilmu Tanah Fakultas Pertanian UPN “Veteran ” Yogyakarta, Bidang Konsentrasi Minat Kimia Kesuburan dan Pemetaan (Sistem Informasi Geografi).

Unmet Need: Upaya Pengendalian Jumlah Penduduk

Buku berjudul “ *Unmet Need: Upaya Pengendalian Jumlah Penduduk* ” berisi ulasan mengenai kondisi kependudukan Indonesia, *unmet need* KB, sebab, dampak dan tantangan pada upaya pengendalian jumlah penduduk yang akan memberikan harapan perbaikan pembangunan kependudukan di masa datang.

Buku ini terdiri dari 7 Bab yang menguraikan tentang latar belakang KB, peran KB dalam kependudukan di Indonesia, pencapaian angka *unmet need*, penyebab terjadinya, serta dampak dan tantangan.

ISBN 978-623-389-111-0



Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat UPN “Veteran”
Yogyakarta
Jl. SWK 104 (Lingkar Utara) , Condongcatur, Yogyakarta, 55283
Telp. (0274)486188, 486733, Fax.(0274) 486400