I Nyoman Widiarta, "Strategi Kebijakan Penurunan *Unmet Need* Keluarga Berencana di Provinsi Jawa Barat: Pendekatan Tipologi Wilayah dengan Prioritas Kawasan Perkotaan". *JCIC: Jurnal CIC Lembaga Riset dan Konsultan Sosial*, Vol. 8 No. 1, 33-46, doi: 10.51486/jbo.v8i1.266

JCIC:
Jurnal CIC Lembaga Riset dan Konsultan Sosial
ISSN: 2746-5160 (e) Vol. 8, no. 1 (March 2026), pp. 33-56
doi: 10.51486/jbo.v8i1.266

Strategi Kebijakan Penurunan *Unmet Need* Keluarga Berencana di Provinsi Jawa Barat: Pendekatan Tipologi Wilayah dengan Prioritas Kawasan Perkotaan

I Nyoman Widiarta, *Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN Jawa Barat, Indonesia, e-mail: nyomanwidiarta@gmail.com*

Abstract: *Unmet need for family planning (FP) in West Java Province rose again in 2024–2025 after falling to 10.6% in 2023, while the national target for 2029 is 8.5%. This article formulates the most feasible policy to reduce unmet need, taking regional differences into account. Using the 2025 Family Data Update for 27 regencies/cities, the analysis combined quadrant analysis (an adaptation of Klassen's typology), correlation tests, rubric-based USG scoring, problem tree analysis, theory and regulatory review, and an assessment of alternatives using Bardach's criteria with sensitivity tests. Results show a significant negative correlation between unmet need and the Total Fertility Rate (TFR) (r = –0.50; p = 0.008): unmet FP needs are highest where fertility is already low. Nine metropolitan regencies/cities (Quadrant IV), home to about 45% of the province's population, have an average unmet need of 14.72% and an average TFR of 1.92, indicating that the main barrier lies in enabling service factors rather than motivation. The root cause is the lack of integration of private midwife practices and private clinics—the largest providers of modern contraceptive services—into the government FP service network, leaving services misaligned with urban work patterns. Among four alternatives, an integrated urban FP service network tied with mandatory postpartum FP on total score but ranked first on technical feasibility as the only option addressing the root cause. The article recommends a Governor's Regulation on an Integrated Urban FP Service Network that sets standards for after-hours services, informed-choice counselling, postpartum FP, and performance-based incentives, coordinated through the Stunting Reduction Acceleration Team and implemented in phases over 36 months.*

Keyword: *unmet need, family planning, regional typology, private sector, place-based policy*

Abstrak: *Angka unmet need keluarga berencana (KB) di Provinsi Jawa Barat kembali meningkat pada 2024–2025 setelah sempat turun ke 10,6% pada 2023, sementara target nasional pada 2029 adalah 8,5%. Artikel ini bertujuan merumuskan kebijakan yang paling layak untuk menurunkan unmet need dengan mempertimbangkan perbedaan karakteristik antarwilayah. Analisis kebijakan menggunakan data Pemutakhiran Pendataan Keluarga Tahun 2025 untuk 27 kabupaten/kota melalui analisis kuadran (adaptasi Tipologi Klassen), uji korelasi, skoring USG berbasis rubrik, analisis pohon masalah, telaah teori dan regulasi, serta penilaian alternatif dengan kriteria Bardach yang disertai uji sensitivitas. Hasil analisis menunjukkan korelasi negatif yang signifikan antara unmet need dan TFR (r = –0,50; p = 0,008): kebutuhan KB yang tidak terlayani justru paling tinggi di wilayah yang fertilitasnya sudah rendah. Sembilan kabupaten/kota metropolitan (Kuadran IV), yang dihuni sekitar 45% penduduk provinsi, memiliki rata-rata unmet need 14,72% dengan TFR rata-rata 1,92; kondisi ini menunjukkan bahwa hambatan utamanya terletak pada faktor pemungkin layanan, bukan pada motivasi ber-KB. Akar masalahnya adalah belum terintegrasinya Tempat Praktik Mandiri Bidan dan klinik swasta—penyedia layanan kontrasepsi modern terbesar—ke dalam jejaring pelayanan KB pemerintah, sehingga layanan tidak sesuai dengan pola kerja penduduk perkotaan.*

** Corresponding Author*
Article Info: [Submitted: Jan 11, 2026 | Revised: February 15, 2026 | Accepted: March 21, 2026 | Published: March 30, 2026]

Copyright: © Authors. This open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution ShareAlikes 4.0 International License (CC-BY-SA 4.0) which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Dari empat alternatif yang dinilai, jejaring pelayanan KB perkotaan terintegrasi memperoleh skor total tertinggi bersama kewajiban KB pascapersalinan, tetapi unggul pada kelayakan teknis karena merupakan satu-satunya alternatif yang menjawab akar masalah. Artikel ini merekomendasikan penetapan Peraturan Gubernur tentang Jejaring Pelayanan KB Perkotaan Terintegrasi yang mengatur standar layanan di luar jam kerja, konseling pilihan berinformasi, KB pascapersalinan, dan insentif berbasis kinerja, dikoordinasikan melalui Tim Percepatan Penurunan Stunting, serta dilaksanakan secara bertahap selama 36 bulan.

Kata Kunci: *unmet need,* keluarga berencana, tipologi wilayah, sektor swasta, kebijakan berbasis tempat

1. Pendahuluan

Pengendalian kuantitas penduduk melalui Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu instrumen utama pembangunan manusia di Indonesia. Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga mendefinisikan KB sebagai upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, serta mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Mandat ini sejalan dengan target 3.7 *Sustainable Development Goals* (SDGs), yaitu menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, pada tahun 2030 (UN. General Assembly (70th sess. : 2015-2016), 21). Pada tingkat nasional, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025-2029 yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025 tetap menempatkan angka kelahiran total (*Total Fertility Rate/TFR*) dan prevalensi kontrasepsi modern (*modern Contraceptive Prevalence*/mCPR) sebagai indikator prioritas, sedangkan Rencana Strategis Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN 2025-2029 menjadikan penurunan kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*) sebagai salah satu sasaran kinerja dengan target kinerja pada tahun 2029 adalah sebesar 8,5% (Peraturan Menteri Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/Kepala BKKBN Nomor 4 Tahun 2025).

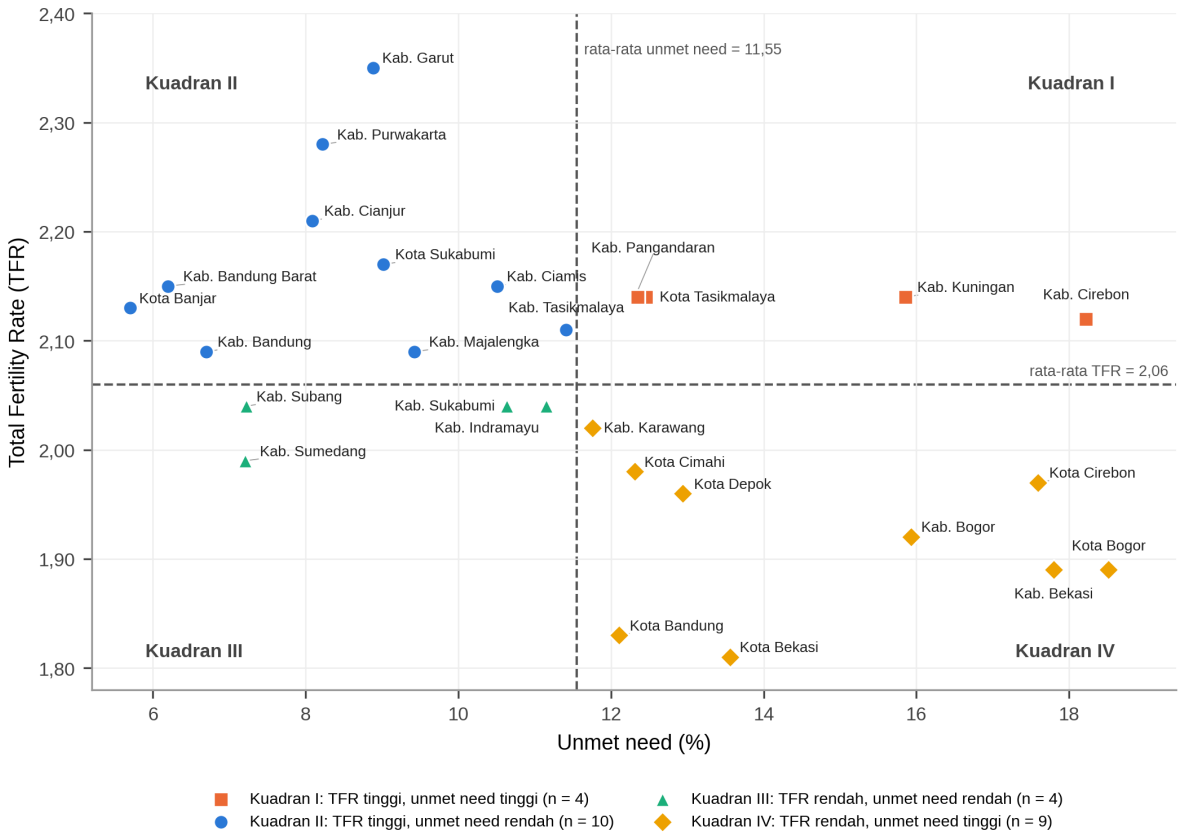
Unmet need merupakan indikator kunci untuk menilai sejauh mana program KB menjangkau kelompok yang benar-benar membutuhkan. Secara konseptual, *unmet need* merujuk pada perempuan usia subur yang berstatus kawin dan tidak ingin menambah anak atau ingin menunda kelahiran berikutnya, tetapi tidak menggunakan metode kontrasepsi (Bradley, Croft, Fishel, & Westoff, 2012). Indikator ini penting karena menggambarkan permintaan yang sudah ada tetapi belum terpenuhi, bukan permintaan yang masih harus diciptakan. Konsekuensinya bersifat lintas sektor. Kehamilan yang tidak diinginkan meningkatkan risiko kematian ibu dan aborsi tidak aman (Cleland dkk., 2006), sementara jarak kelahiran yang terlalu dekat berasosiasi dengan kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan bayi kecil untuk usia kehamilan (Conde-Agudelo, Rosas-Bermúdez, & Kafury-Goeta, 2006), serta status gizi anak yang lebih buruk (Dewey & Cohen, 2007). Pemerintah menegaskan keterkaitan tersebut dengan menyatakan bahwa tingginya *unmet need* berpotensi meningkatkan angka kematian ibu akibat kehamilan yang tidak diinginkan (Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, 2020).

Di tingkat nasional, *unmet need* terbukti sulit untuk diturunkan. Studi yang memadukan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017, Potensi Desa 2018, dan statistik rutin BKKBN menunjukkan bahwa angka *unmet need* di Indonesia stagnan pada kisaran 10–12% sejak awal 2000-an (Nuryana dkk., 2023). Pada 2019, angka *unmet need* nasional tercatat sebesar 12,1 persen, di atas target RPJMN saat itu sebesar 9,9% (Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, 2020). Studi yang sama menemukan bahwa faktor

penyebab *unmet need*, seperti kekhawatiran terhadap efek samping, hambatan pada sisi pelayanan, dan penolakan terhadap KB memiliki bobot yang berbeda antarkelompok penduduk dan antarwilayah, sehingga penanganannya menuntut intervensi yang terdiferensiasi (Nuryana dkk., 2023). Temuan ini sejalan dengan literatur kebijakan pembangunan wilayah yang menunjukkan bahwa intervensi berbasis tempat (*place-based*) lebih efektif dibandingkan dengan kebijakan yang mengabaikan konteks wilayah (Barca, McCann, & Rodríguez-Pose, 2012).

Provinsi Jawa Barat memikul bobot terbesar dalam capaian kependudukan nasional dengan jumlah penduduk sekitar 51,16 juta jiwa dan kepadatan 1.381 jiwa per kilometer persegi (BPS Provinsi Jawa Barat, 2026). Jawa Barat memadukan kawasan metropolitan yang sangat padat—Bogor, Depok, dan Bekasi sebagai bagian dari aglomerasi Jabodetabek serta kawasan Bandung Raya—dengan wilayah perdesaan dan pesisir yang aksesibilitasnya terbatas. Setelah sempat turun ke 10,6% pada 2023, angka *unmet need* di Jawa Barat kembali meningkat pada 2024 dan 2025, serta cenderung bertahan di atas 11%. Dengan target Renstra sebesar 8,5% pada 2029, kesenjangan sekitar tiga poin persen harus ditutup dalam waktu kurang dari lima tahun. Pola ini menandakan bahwa intervensi yang telah berjalan, seperti pelayanan KB gratis dan Kampung KB, belum mampu menembus hambatan struktural tertentu. Tekanan ke depan diperkirakan akan meningkat karena lebih dari 70% penduduk Indonesia diproyeksikan tinggal di perkotaan pada 2045 (Roberts, Gil Sander, & Tiwari, 2019), sehingga kemampuan melayani kebutuhan KB penduduk perkotaan akan semakin menentukan capaian di tingkat provinsi maupun nasional.

Data Pemutakhiran Pendataan Keluarga Tahun 2025 (PK-25) menunjukkan bahwa angka *unmet need* kabupaten/kota berkisar dari 5,70% di Kota Banjar hingga 18,52% di Kota Bogor, sedangkan TFR berkisar dari 1,81 di Kota Bekasi hingga 2,35 di Kabupaten Garut. Dua belas dari 27 kabupaten/kota masih memiliki TFR sama dengan atau di atas 2,1, yaitu tingkat penggantian (*replacement level*). Ketika kedua indikator tersebut disilangkan dengan rata-rata kabupaten/kota sebagai garis batas (11,55% untuk *unmet need* dan 2,06 untuk TFR) seluruh kabupaten/kota terpetakan ke dalam empat tipologi yang berbeda secara substantif, sebagaimana disajikan pada Gambar 1.



Gambar 1. Tipologi Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat Berdasarkan *Unmet Need* dan TFR, 2025

Sumber: diolah dari data Pemutakhiran Pendataan Keluarga Tahun 2025

Gambar 1 memperlihatkan bahwa sebaran kabupaten/kota tidak merata di antara keempat kuadran. Kuadran I (TFR dan *unmet need* sama-sama tinggi) berisi empat wilayah, yaitu Kabupaten Cirebon, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Pangandaran, dan Kota Tasikmalaya. Kuadran II (TFR tinggi, *unmet need* rendah) merupakan kelompok terbesar dengan sepuluh wilayah, antara lain Kabupaten Garut, Cianjur, dan Purwakarta. Kuadran III (keduanya rendah) berisi empat kabupaten, yaitu Subang, Sumedang, Sukabumi, dan Indramayu. Adapun Kuadran IV (TFR rendah, *unmet need* tinggi) berisi sembilan wilayah yang seluruhnya merupakan kota besar atau wilayah penyangga metropolitan: Kota Bandung, Kota Bekasi, Kota Depok, Kota Cimahi, Kota Bogor, Kota Cirebon, Kabupaten Bogor, Kabupaten Bekasi, dan Kabupaten Karawang.

Temuan paling krusial terletak pada Kuadran IV. Kombinasi TFR rendah dan *unmet need* tinggi merupakan bentuk *unmet need* yang paling "murni": keinginan untuk membatasi kelahiran sudah terbentuk, tetapi layanan gagal memenuhinya. Empat dari enam nilai *unmet need* tertinggi di Jawa Barat berada di kuadran ini, yaitu Kota Bogor (18,52%), Kabupaten Bekasi (17,80%), Kota Cirebon (17,59%), dan Kabupaten Bogor (15,93%). Bobot demografisnya juga sangat besar: berdasarkan proyeksi penduduk hasil Sensus Penduduk 2020, pada tahun 2026, sembilan wilayah tersebut dihuni oleh sekitar 23,2 juta jiwa atau 45,35% dari total 51,16 juta penduduk Jawa Barat (BPS Provinsi Jawa Barat, 2026). Berdasarkan keadaan tersebut, arah angka *unmet need* di provinsi sangat ditentukan oleh kinerja pelayanan KB di kawasan perkotaan.

Kuadran lainnya menampilkan persoalan dengan watak yang berbeda. Kuadran I memadukan *unmet need* dan TFR yang sama-sama tinggi; Kabupaten Cirebon, misalnya, merupakan salah satu daerah pengirim Pekerja Migran Indonesia terbesar di Jawa Barat dengan total 11.433 layanan penempatan (mencakup sekitar 18,33% dari total penempatan di tingkat provinsi pada tahun 2025), kondisi yang dapat meningkatkan risiko putus pakai kontrasepsi akibat keterpisahan pasangan (Kementerian Pelindungan Pekerja Migran Indonesia / Badan Pelindungan Pekerja Migran Indonesia (KP2MI/BP2MI), 2026). Meski demikian, migrasi tenaga kerja perlu dibaca sebagai salah satu faktor yang mungkin berperan, bukan penjelas tunggal: Kabupaten Indramayu, yang juga merupakan daerah pengirim pekerja migran besar, justru berada di Kuadran III dengan *unmet need* 11,16% (Kementerian Pelindungan Pekerja Migran Indonesia / Badan Pelindungan Pekerja Migran Indonesia (KP2MI/BP2MI), 2026). Kuadran II justru menunjukkan *unmet need* rendah dengan TFR tinggi, yang mengindikasikan bahwa fertilitas tinggi lebih bersumber dari preferensi jumlah anak dan usia kawin pertama yang muda ketimbang kegagalan layanan (Davis & Blake, 1956; Fawcett, 1972). Kuadran III mencerminkan wilayah dengan pengendalian kelahiran dan pemenuhan kebutuhan KB yang relatif berhasil. Perbedaan watak masalah ini menegaskan bahwa resep kebijakan yang seragam (*one-size-fits-all*) tidak akan efektif dan bahwa pemerintah daerah perlu menetapkan prioritas secara eksplisit.

Berdasarkan uraian tersebut, isu kebijakan yang diangkat dalam artikel ini adalah meningkatnya kembali angka *unmet need* di Provinsi Jawa Barat pada 2024–2025, yang berisiko meningkatkan angka kehamilan yang tidak diinginkan, kematian ibu, dan *stunting*. Isu tersebut bermuara pada tiga masalah yang masing-masing didukung oleh data. Masalah pertama adalah tingginya *unmet need* di kawasan perkotaan-metropolitan yang TFR-nya sudah rendah (Kuadran IV), mencakup sembilan kabupaten/kota dan sekitar 45% penduduk provinsi. Masalah kedua adalah tingginya *unmet need* yang disertai TFR tinggi di wilayah Kuadran I, yang diperparah oleh mobilitas pekerja migran dan akses layanan yang belum merata. Masalah ketiga adalah tingginya fertilitas akibat preferensi jumlah anak dan usia kawin pertama yang muda di sepuluh kabupaten/kota Kuadran II, meskipun *unmet need*-nya relatif rendah.

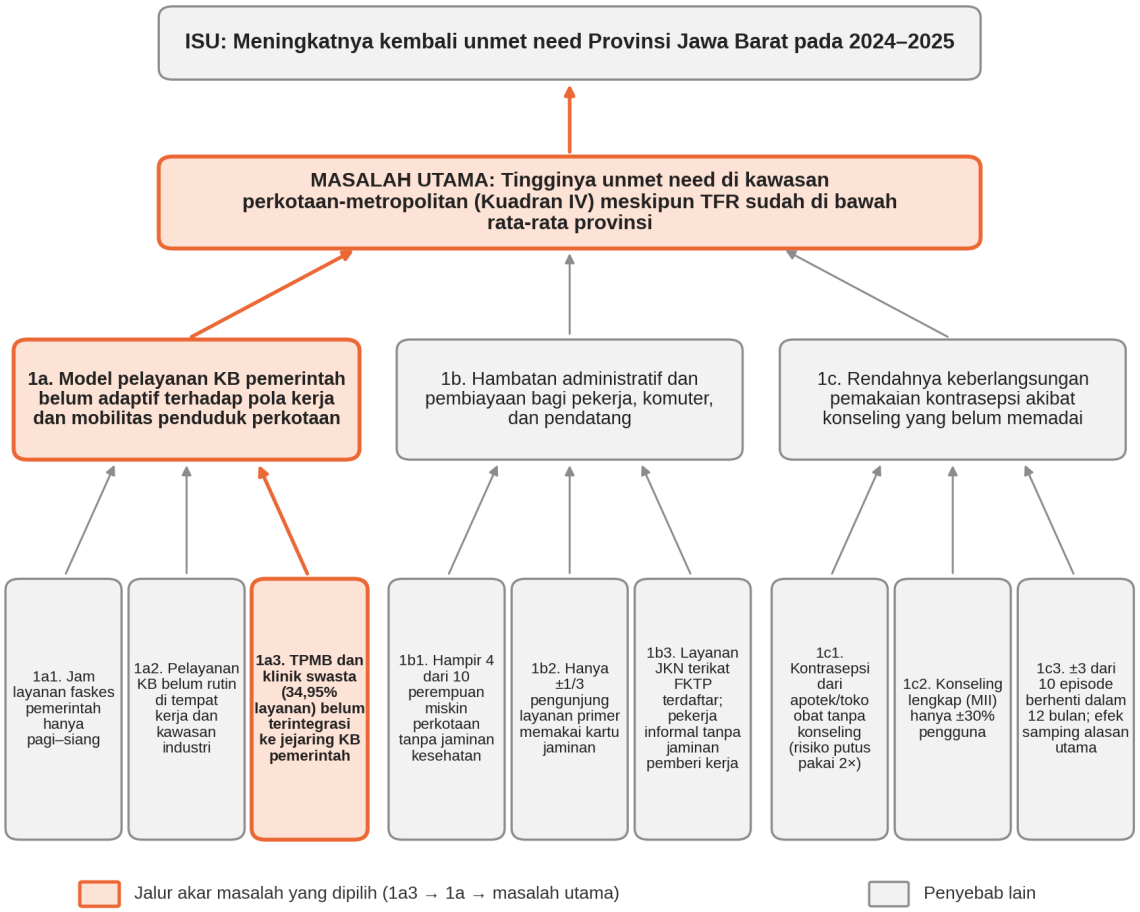
Ketiga masalah tersebut kemudian diprioritaskan menggunakan skoring USG (*Urgency, Seriousness, Growth*), yaitu penskoran yang mengaitkan setiap nilai dengan indikator yang terukur. Tabel 1 menunjukkan bahwa Masalah 1 memperoleh skor tertinggi (15). Dari sisi urgensi, Masalah 1 dan Masalah 2 sama-sama mendesak karena seluruh anggotanya berada di atas rata-rata kabupaten/kota dengan rata-rata *unmet need* yang identik, yakni 14,72%. Perbedaan yang menentukan terletak pada keseriusan dan potensi pertumbuhannya. Masalah 1 menyangkut sekitar 45% penduduk provinsi, sedangkan Masalah 2 hanya menyangkut empat kabupaten/kota nonmetropolitan. Di samping itu, pendorong Masalah 1, yaitu urbanisasi, terus meningkat. Masalah 3 memperoleh skor terendah karena persoalan intinya adalah preferensi fertilitas, bukan kegagalan akses terhadap layanan.

Tabel 1. Penentuan Masalah Utama dengan Skoring USG

Masalah	U	S	G	Total	Dasar penskoran
Masalah 1 (Kuadran IV, perkotaan-metropolitan)	*5*	*5*	*5*	15	U: seluruh 9 wilayah di atas rata-rata; rata-rata 14,72%; 4 dari 6 nilai tertinggi provinsi. S: ±45% penduduk provinsi. G: urbanisasi meningkat; >70% penduduk tinggal di perkotaan pada 2045.
Masalah 2 (Kuadran I)	*5*	*3*	4	12	U: seluruh 4 wilayah di atas rata-rata; rata-rata 14,72%; Kab. Cirebon dan Kab. Kuningan termasuk 6 nilai tertinggi. S: empat kabupaten/kota non-metropolitan dengan cakupan penduduk yang lebih kecil. G: arus pekerja migran berlanjut.
Masalah 3 (Kuadran II)	2	*3*	2	7	U: seluruh wilayah berada di bawah rata-rata *unmet need* (rata-rata 8,42%). S: sepuluh kabupaten/kota dengan TFR di atas rata-rata. G: preferensi fertilitas berubah lambat.

Sumber: analisis penulis berdasarkan rubrik pada Tabel 3.

Masalah utama tersebut selanjutnya diuraikan menggunakan analisis pohon masalah hingga dua tingkat penyebab, sebagaimana divisualisasikan pada Gambar 2. Pada tingkat pertama, terdapat tiga penyebab yang saling berkaitan. Penyebab pertama adalah model pelayanan KB pemerintah yang belum adaptif terhadap pola kerja dan mobilitas penduduk perkotaan, yang secara konseptual merupakan ketidaksesuaian pada dimensi akomodasi layanan (Levesque, Harris, & Russell, 2013; Penchansky & Thomas, 1981) dan sejalan dengan temuan bahwa pemberian layanan KB berpengaruh signifikan terhadap kejadian *unmet need* (Safitri dkk., 2021). Penyebab kedua adalah hambatan administratif dan pembiayaan: hampir 4 dari 10 perempuan miskin perkotaan belum memiliki jaminan kesehatan pada 2017, dan di antara pengunjung layanan primer, hanya sekitar sepertiga yang membayar menggunakan kartu jaminan kesehatan (Liyanto, Nuryana, Cahyani, Utomo, & Magnani, 2022). Penyebab ketiga adalah rendahnya keberlangsungan pemakaian kontrasepsi: hampir tiga dari sepuluh episode pemakaian berhenti dalam 12 bulan dengan efek samping sebagai alasan utama (Samosir, Kiting, & Aninditya, 2019), konseling pilihan berinformasi yang lengkap baru diterima oleh sekitar 30 persen pengguna kontrasepsi jangka pendek, dan pengguna yang memperoleh kontrasepsi dari apotek atau toko obat memiliki risiko putus pakai 2 kali lebih tinggi (Susanti, Utarini, & Wilopo, 2026). Secara lintas negara, perempuan yang putus pakai menyumbang sekitar 38% dari total *unmet need* (Jain, Obare, RamaRao, & Askew, 2013).



Gambar 2. Pohon Masalah Unmet Need di Kawasan Perkotaan-Metropolitan Jawa Barat
Sumber: disusun penulis berdasarkan Liyanto dkk. (2022), Samosir dkk. (2019), Susanti dkk. (2026), dan Prameswari & Fardaniah (2024).

Dari sembilan penyebab tingkat kedua pada **Gambar 2**, penyebab yang dipilih sebagai akar masalah adalah belum terintegrasinya Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) dan klinik swasta ke dalam jejaring pelayanan KB pemerintah. Pilihan ini didasarkan pada dua pertimbangan. Pertama, simpul ini paling dekat dengan masalah utama karena TPMB merupakan pemberi layanan kontrasepsi modern terbesar, yakni 34,95% dari seluruh pelayanan berdasarkan pendataan keluarga 2023, melampaui Puskesmas, klinik, maupun rumah sakit; BKKBN dan UNFPA bahkan menegaskan bahwa TPMB perlu dikelola demi pemerataan layanan KB (Prameswari & Fardaniah, 2024). Kedua, simpul ini memiliki daya ungkit kebijakan terbesar karena penataan jejaring layanan swasta sekaligus membuka jalan untuk mengatasi keterbatasan jam layanan, ketiadaan layanan di sekitar kawasan kerja, dan sebagian hambatan pembiayaan apabila mitra swasta terhubung dengan skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Rantai sebab-akibat tersebut dapat dirangkum ke dalam satu pernyataan masalah: *belum optimalnya integrasi TPMB dan klinik swasta—pemberi layanan kontrasepsi modern terbesar—ke dalam jejaring pelayanan KB pemerintah menyebabkan model pelayanan KB belum adaptif terhadap pola kerja dan mobilitas penduduk perkotaan, sehingga unmet need di sembilan kabupaten/kota metropolitan Jawa*

Barat tetap tinggi meskipun TFR-nya sudah di bawah rata-rata kabupaten/kota; kondisi ini mendorong kembali meningkatnya angka unmet need Provinsi Jawa Barat pada 2024–2025.

Kajian terdahulu yang telah memotret determinan *unmet need* di Indonesia, antara lain pengaruh pemberian layanan KB (Safitri dkk., 2021), peran pengetahuan, tempat tinggal, dan keterpaparan informasi (Sumiyati, Kurniawan, Hakim, Ermanto, & Ali, 2024), faktor penyebab keputusan berhenti memakai kontrasepsi (Samosir dkk., 2019), serta akses perempuan miskin perkotaan terhadap layanan kesehatan reproduksi (Liyanto dkk., 2022). Namun, sebagian besar kajian tersebut berfokus pada determinan individual dengan menggunakan data survei nasional. Masih terbatas kajian yang menghubungkan tipologi wilayah pada tingkat kabupaten/kota dengan perancangan instrumen kebijakan yang dapat ditetapkan oleh pemerintah provinsi. Artikel ini mengisi celah tersebut dengan memadukan diagnosis berbasis tipologi wilayah dan analisis kebijakan yang berujung pada satu rekomendasi pengaturan.

Berangkat dari pernyataan masalah tersebut, pertanyaan yang hendak dijawab oleh artikel ini adalah: kebijakan apa yang paling layak ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Barat untuk mengintegrasikan layanan KB swasta ke dalam jejaring pelayanan KB pemerintah sehingga *unmet need* di kawasan perkotaan-metropolitan dapat diturunkan? Untuk menjawabnya, artikel ini menganalisis teori, konsep, dan regulasi yang relevan sebagai dasar perumusan solusi, merumuskan dan menilai alternatif kebijakan, serta merekomendasikan satu kebijakan terpilih beserta tahapan implementasinya. Pengguna utama hasil kajian ini adalah Gubernur Jawa Barat sebagai penentu kebijakan, bersama Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, dan Keluarga Berencana (DP3AKB) Provinsi Jawa Barat, Perwakilan Kemendukbangga/BKKBN Provinsi Jawa Barat, BPJS Kesehatan, serta pemerintah kabupaten/kota di Kuadran IV.

2. Metode

2. 1. Desain dan Pendekatan Analisis

Kajian ini menggunakan desain analisis kebijakan berorientasi masalah (*problem-oriented policy analysis*) dengan data kuantitatif sekunder serta telaah dokumen. Searah dengan Dunn (2018), analisis kebijakan diperlakukan sebagai rangkaian prosedur yang menghubungkan perumusan masalah, peramalan konsekuensi kebijakan, rekomendasi, pemantauan, dan evaluasi, sementara Bardach (2012) menyediakan langkah-langkah praktis mulai dari pendefinisian masalah hingga pemilihan alternatif. Kedua kerangka ini diterjemahkan ke dalam empat tahap analisis yang berurutan dan kumulatif sebagaimana dirangkum pada Tabel 2. Keluaran setiap tahap menjadi masukan bagi tahap berikutnya sehingga rekomendasi akhir dapat ditelusuri kembali ke akar masalah dan data yang mendasarinya.

Tabel 2. Tahapan Analisis Kebijakan

Tahap	Pertanyaan kunci	Teknik	Data	Keluaran
1. Diagnosis masalah	Di mana dan mengapa *unmet need* tinggi?	Analisis kuadran; korelasi; USG berbasis bukti; pohon masalah	PK-25; data kependudukan; literatur	Masalah utama, akar masalah, pernyataan masalah
2. Analisis solusi	Teori dan regulasi apa yang menawarkan jalan keluar?	Telaah teori dan regulasi	Artikel jurnal; dokumen regulasi	Arah-arah solusi

3. Penilaian alternatif	Alternatif mana yang paling layak?	Kriteria Bardach; rubrik skoring; uji sensitivitas	Hasil tahap 1–2	Alternatif terpilih
4. Rekomendasi	Apa yang diatur, oleh siapa, dan bagaimana tahapannya?	Perancangan instrumen kebijakan	Hasil tahap 3	Satu rekomendasi kebijakan

Sumber: disusun penulis berdasarkan Dunn (2018) dan Bardach (2012).

2. 2. Data dan Sumber Data

Data kuantitatif utama adalah hasil Pemutakhiran Pendataan Keluarga Tahun 2025 (PK-25) yang diselenggarakan Kemendukbangga/BKKBN, yaitu angka *unmet need* dan TFR untuk seluruh 27 kabupaten/kota di Jawa Barat, dengan kabupaten/kota sebagai unit analisis. Angka *unmet need* memiliki rata-rata 11,55% dengan simpangan baku 3,83 poin persen (rentang 5,70–18,52%), sedangkan TFR memiliki rata-rata 2,06 dengan simpangan baku 0,13 (rentang 1,81–2,35). PK merupakan pendataan keluarga berbasis kunjungan rumah tangga sehingga memungkinkan analisis hingga tingkat wilayah; namun, definisi operasional dan cakupannya dapat berbeda dari survei berbasis sampel seperti SDKI, sehingga angka PK-25 tidak dibandingkan secara langsung dengan angka survei.

Data pendukung bersumber dari publikasi resmi dan literatur bereputasi, meliputi data jumlah penduduk, data penempatan pekerja migran, pernyataan resmi instansi di media nasional, artikel jurnal nasional dan internasional, serta dokumen regulasi. Kajian ini tidak menghasilkan data primer baru. Seluruh angka di luar PK-25 dikutip dari sumbernya dan digunakan sebagai data konteks, bukan sebagai variabel analisis.

2. 3. Teknik Diagnosis Masalah

Diagnosis masalah diawali dengan analisis kuadran yang merupakan adaptasi Tipologi Klassen (Klassen, 1965), yaitu teknik yang lazim digunakan dalam perencanaan pembangunan daerah untuk mengelompokkan wilayah berdasarkan posisi dua indikator terhadap nilai acuannya. Logika ini sejalan dengan *importance–performance analysis* yang membagi objek ke dalam empat kuadran prioritas tindakan (Martilla & James, 1977). Sumbu horizontal menunjukkan angka *unmet need* dan sumbu vertikal menunjukkan TFR, dengan garis batas berupa rata-rata sederhana kabupaten/kota (11,55% dan 2,06). Kedua indikator dipilih karena saling melengkapi: TFR menggambarkan hasil pengendalian kelahiran, sedangkan *unmet need* menggambarkan kesenjangan pemenuhan layanan. Persilangan keduanya membedakan wilayah yang bermasalah pada sisi permintaan (preferensi fertilitas) dari wilayah yang bermasalah pada sisi penyediaan layanan. Sebagai pelengkap, arah hubungan kedua indikator diuji menggunakan koefisien korelasi Pearson dan Spearman pada taraf signifikansi 5%.

Masalah hasil analisis kuadran kemudian diprioritaskan menggunakan metode USG yang dalam literatur manajemen dirujuk pada pendekatan analisis masalah Kepner dan Tregoe (1997). Metode ini lazimnya menggunakan skor dari empat hingga lima orang ahli. Karena data penilaian ahli tidak tersedia, kajian ini mengganti sumber skor tanpa mengubah logikanya: skor setiap kriteria ditetapkan menggunakan rubrik yang mengaitkan nilai 1–5 dengan indikator terukur (Tabel 3). Tujuan evaluatifnya tetap sama, yaitu memilih masalah yang paling mendesak, paling serius, dan paling berpotensi memburuk, dengan keunggulan bahwa setiap skor dapat diverifikasi

terhadap sumber datanya. Rubrik ditetapkan sebelum penskoran dan dasar setiap skor dilaporkan secara terbuka (Tabel 1).

Tabel 3. Rubrik Skoring USG

Kriteria	Pertanyaan dan indikator	Skor 5	Skor 3	Skor 1
Urgency	Seberapa mendesak terhadap isu *unmet need*? Indikator: posisi *unmet need* wilayah terdampak terhadap rata-rata kabupaten/kota	Seluruh wilayah di atas rata-rata dan sebagian termasuk nilai tertinggi provinsi	Campuran di atas dan di bawah rata-rata	Seluruh wilayah di bawah rata-rata dan tidak berkaitan langsung dengan *unmet need*
Seriousness	Seberapa luas dampaknya? Indikator: jumlah kabupaten/kota dan proporsi penduduk terdampak	Menyangkut sepertiga atau lebih penduduk provinsi	Beberapa kabupaten/kota dengan cakupan penduduk menengah	Lokal dan terbatas
Growth	Seberapa cepat memburuk bila dibiarkan? Indikator: tren pendorong struktural (urbanisasi, migrasi, preferensi fertilitas)	Pendorong struktural terbukti meningkat	Pendorong relatif stabil	Cenderung membaik dengan sendirinya

Catatan: skor 4 dan 2 diberikan untuk kondisi di antara deskriptor yang berdekatan.
Sumber: disusun penulis.

Masalah utama yang terpilih diurai menggunakan analisis pohon masalah (European Commission & EuropeAid Cooperation Office, 2004; Overseas Development Institute (ODI), 2009) melalui pertanyaan "mengapa" berjenjang, yaitu tiga penyebab tingkat pertama dan masing-masing tiga penyebab tingkat kedua, dengan setiap penyebab didukung rujukan. Akar masalah ditetapkan dengan memilih satu penyebab tingkat kedua yang paling dekat dengan masalah utama dan memiliki daya ungkit kebijakan terbesar, kemudian menghubungkannya dengan penyebab tingkat pertama yang menjadi induknya serta dengan masalah utama. Ketiganya dirangkai dengan kata penghubung kausal menjadi satu kalimat pernyataan masalah.

2. 4. Teknik Analisis Solusi dan Penilaian Alternatif

Pernyataan masalah dibedah menggunakan empat lensa teoretis: kerangka akses layanan kesehatan, khususnya dimensi ketersediaan dan akomodasi (Levesque dkk., 2013; Penchansky & Thomas, 1981); kerangka mutu pelayanan KB (Bruce, 1990); model perilaku pemanfaatan layanan kesehatan (Andersen, 1995); serta konsep tata kelola sektor swasta dan kebijakan berbasis tempat (Barca dkk., 2012; World Health Organization, 2021). Telaah regulasi mencakup peraturan

perundang-undangan di bidang kependudukan, kesehatan, jaminan kesehatan, percepatan penurunan *stunting*, pemerintahan daerah, pengelolaan keuangan daerah, serta perencanaan pembangunan. Telaah ini bertujuan untuk mengidentifikasi ruang kewenangan Pemerintah Provinsi, instrumen yang sudah tersedia, serta celah pengaturan yang masih belum terisi.

Alternatif kebijakan disusun agar saling eksklusif, berorientasi tindakan, dan menyasar akar masalah (Bardach, 2012). Setiap alternatif dinilai dengan empat kriteria Bardach (2012), yaitu kelayakan teknis (*technical feasibility*), kemungkinan ekonomi dan finansial (*economic and financial possibility*), viabilitas politik (*political viability*), dan operabilitas administratif (*administrative operability*). Skor 1 (sangat rendah) hingga 5 (sangat tinggi) diberikan berdasarkan rubrik pada Tabel 4 dan bukti tertulis yang dilaporkan bersama skor tersebut.

Tabel 4. Rubrik Penilaian Alternatif Kebijakan

Kriteria	Skor 5	Skor 3	Skor 1
Kelayakan teknis	Mekanisme menyasar langsung akar masalah dan didukung bukti empiris	Menyasar penyebab secara tidak langsung atau buktinya terbatas	Tidak berkaitan langsung dengan akar masalah
Kemungkinan ekonomi dan finansial	Dapat dibiayai skema yang sudah ada (APBD, DAK Nonfisik BOKB, JKN) tanpa tambahan besar	Memerlukan tambahan anggaran moderat	Memerlukan anggaran baru yang besar dan belum jelas sumbernya
Viabilitas politik	Selaras dengan prioritas nasional dan daerah serta minim penolakan	Didukung sebagian pemangku kepentingan	Berpotensi mendapat penolakan kuat
Operabilitas administratif	Kewenangan jelas pada Pemerintah Provinsi; lembaga dan SDM pelaksana tersedia	Memerlukan koordinasi lintas lembaga yang belum terlembaga	Di luar kewenangan daerah atau kapasitas pelaksana tidak memadai

Catatan: skor 4 dan 2 diberikan untuk kondisi yang berada di antara deskriptor yang berdekatan.
Sumber: disusun oleh penulis berdasarkan Bardach (2012).

Sebagai pengganti pembobotan oleh panel ahli, ketahanan hasil diuji melalui analisis sensitivitas dengan tiga skenario bobot: bobot setara (25% untuk setiap kriteria); skenario keterbatasan fiskal (40% pada kriteria ekonomi dan finansial, 20% pada kriteria lainnya); dan skenario kesiapan kelembagaan (40% pada operabilitas administratif, 20% pada kriteria lainnya). Alternatif yang secara konsisten menempati peringkat tertinggi ditetapkan sebagai alternatif terpilih. Apabila terdapat skor yang sama atau peringkat berubah antarskenario, keputusan akhir diberikan kepada alternatif dengan skor kelayakan teknis yang lebih tinggi karena kriteria ini mencerminkan kemampuan alternatif dalam menjawab akar masalah.

Kajian ini memiliki beberapa keterbatasan. Analisis kuadran merupakan potret pada satu titik waktu (2025) dan menggunakan rata-rata sederhana yang tidak memperhitungkan bobot jumlah penduduk, sehingga wilayah yang berada dekat garis batas—Kabupaten Karawang (11,76%), Kabupaten Tasikmalaya (11,41%), dan Kabupaten Indramayu (11,16%)—menjadi sensitif terhadap perubahan kecil pada nilai indikator. Analisis bersifat ekologis sehingga tidak dapat digunakan untuk menarik kesimpulan tentang perilaku individu. Sebagian bukti tentang penyebab masalah berasal dari data nasional, terutama SDKI 2017, sehingga diperlakukan sebagai indikasi yang relevan, bukan sebagai pengukuran langsung untuk Jawa Barat. Hal yang sama berlaku bagi bukti mengenai peran dan tingkat integrasi TPMB serta klinik swasta; data registrasi dan pelaporan fasilitas KB swasta per kabupaten/kota dari sistem informasi keluarga belum dianalisis dalam kajian ini dan perlu dijadikan data dasar (*baseline*) ketika kebijakan mulai diimplementasikan. Penskoran USG dan kriteria Bardach dilakukan oleh penulis; subjektivitas dikendalikan melalui rubrik yang ditetapkan sebelumnya, pelaporan skor dasar, dan uji sensitivitas.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Paradoks Metropolitan: Fertilitas Rendah, *Unmet Need* Tinggi, dan Kegagalan Faktor Pemungkin Layanan

Uji korelasi menunjukkan bahwa *unmet need* dan TFR kabupaten/kota di Jawa Barat berhubungan negatif secara signifikan, baik berdasarkan koefisien Pearson ($r = -0{,}50$; $p = 0{,}008$; $n = 27$) maupun Spearman ($\rho = -0{,}53$; $p = 0{,}005$). Artinya, wilayah dengan fertilitas lebih rendah justru cenderung memiliki kebutuhan KB yang tidak terpenuhi lebih tinggi. Pola ini berlawanan dengan anggapan umum bahwa *unmet need* tinggi terutama terjadi di wilayah dengan tingkat fertilitas tinggi. Tabel 5 memperjelas pola tersebut: rata-rata *unmet need* di Kuadran IV (14,72 persen) sama tingginya dengan Kuadran I, tetapi dicapai pada TFR rata-rata 1,92—terendah di antara keempat kuadran dan di bawah tingkat penggantian. Sebagian kesenjangan ini mungkin juga mencerminkan kendala pendataan di perkotaan, misalnya sulitnya menjumpai keluarga pekerja pada jam kunjungan kader. Kemungkinan tersebut tidak mengubah arah rekomendasi, karena jejaring yang mewajibkan pencatatan dan pelaporan layanan oleh penyedia swasta sekaligus menyediakan sumber data pembanding bagi pendataan keluarga.

Tabel 5. Karakteristik *Unmet Need* dan TFR Menurut Kuadran, 2025

Kuadran	Jumlah kab/kota	Rata-rata *unmet need* (%)	Rentang *unmet need* (%)	Rata-rata TFR	Rentang TFR
I (TFR tinggi, *unmet need* tinggi)	4	14,72	12,35–18,22	2,14	2,12–2,14
II (TFR tinggi, *unmet need* rendah)	10	8,42	5,70–11,41	2,17	2,09–2,35
III (TFR rendah, *unmet need* rendah)	4	9,05	7,21–11,16	2,03	1,99–2,04

Kuadran	Jumlah kab/kota	Rata-rata *unmet need* (%)	Rentang *unmet need* (%)	Rata-rata TFR	Rentang TFR
IV (TFR rendah, unmet need tinggi)	9	14,72	11,76–18,52	1,92	1,81–2,02
Jawa Barat (27 kab/kota)	27	11,55	5,70–18,52	2,06	1,81–2,35

Sumber: diolah dari PK-25

Teori transisi demografi menjelaskan bahwa modernisasi dan urbanisasi menurunkan fertilitas melalui perubahan struktur sosial-ekonomi keluarga serta perubahan preferensi terhadap jumlah anak (Notestein, 1945). TFR Kuadran IV yang rendah menandakan bahwa transisi tersebut sudah berlangsung dan keinginan untuk membatasi kelahiran telah terbentuk. Model perilaku pemanfaatan layanan kesehatan Andersen (1995) membantu memahami implikasinya: pemanfaatan layanan ditentukan oleh faktor predisposisi (nilai dan preferensi), faktor pemungkin (waktu, jaminan pembiayaan, dan ketersediaan titik layanan), serta faktor kebutuhan. Di Kuadran IV, faktor predisposisi dan kebutuhan sudah mendukung penggunaan kontrasepsi, sehingga hambatannya terletak pada faktor pemungkin. Konsekuensinya, solusi bagi kawasan ini harus mengubah kapan, di mana, dan dengan pembiayaan apa layanan tersedia, bukan terutama menciptakan permintaan melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Pendekatan KIE berbasis norma lebih tepat untuk Kuadran II, di mana fertilitas tinggi bersumber dari nilai anak dan usia kawin yang muda (Davis & Blake, 1956; Fawcett, 1972).

Pembacaan ini diperkuat oleh kerangka akses Penchansky dan Thomas (1981), yang mendefinisikan akses sebagai derajat kesesuaian antara layanan dan penggunanya pada dimensi ketersediaan, keterjangkauan lokasi, akomodasi, keterjangkauan biaya, dan akseptabilitas, serta perluasan kerangka tersebut oleh Levesque dkk. (2013) yang menekankan kemampuan pengguna untuk menjangkau, membayar, dan berpartisipasi dalam layanan. *Unmet need* di Kuadran IV dapat dibaca sebagai ketidaksesuaian pada dimensi akomodasi—jam layanan yang berbenturan dengan jam kerja—dan keterjangkauan biaya, yang tercermin dari rendahnya pemanfaatan jaminan kesehatan pada layanan primer (Liyanto dkk., 2022). Menariknya, studi yang sama menemukan bahwa pada 2017 tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam prevalensi kontrasepsi dan *unmet need* antara perempuan miskin dan tidak miskin di perkotaan (Liyanto dkk., 2022). Hal ini mengindikasikan bahwa *unmet need* di perkotaan bukan semata-mata persoalan kemiskinan, melainkan persoalan konfigurasi layanan. Bagi penduduk pekerja yang waktunya kaku, mengubah konfigurasi layanan lebih realistis daripada mengubah perilaku pengguna, dan pilihan paling efisien adalah memanfaatkan titik layanan yang sudah ada dan dekat dengan penduduk, yaitu TPMB dan klinik swasta (Prameswari & Fardaniah, 2024).

3.2 Mutu Pelayanan dan Tata Kelola Penyedia Swasta dalam Sistem Kesehatan Campuran

Perluasan akses melalui penyedia swasta harus disertai dengan jaminan mutu. Kerangka mutu pelayanan KB Bruce (1990) menetapkan enam elemen, yaitu pilihan metode, informasi yang diberikan kepada klien, kompetensi teknis, hubungan interpersonal, mekanisme tindak lanjut, dan keterpaduan layanan. Kerangka ini memberi peringatan penting: memperluas akses tanpa menjaga mutu hanya akan memindahkan masalah dari "tidak memakai" menjadi "berhenti memakai". Bukti di Indonesia menunjukkan bahwa konseling lengkap baru diterima oleh sekitar 30% pengguna kontrasepsi jangka pendek dan bahwa sumber non-klinis, seperti apotek atau toko obat, melipatgandakan risiko putus pakai (Susanti dkk., 2026), karena Perempuan yang putus pakai menyumbang sekitar 38% *unmet need* (Jain dkk., 2013), integrasi layanan swasta harus menerapkan standar konseling dan tindak lanjut sejak awal. Elemen keterpaduan layanan juga menunjuk KB pasca-persalinan (KBPP) sebagai titik masuk yang efektif (World Health Organization, 2013). Ruang perbaikannya masih lebar: pada 2022, cakupan KBPP nasional baru sekitar 29%, jauh di bawah target BKKBN sebesar 70% (Shanti & Hadi, 2022; Shanti & Jauhary, 2021).

Dari sisi kelembagaan, sistem kesehatan Indonesia bersifat campuran: sebagian besar layanan diberikan oleh fasilitas swasta, sementara pemerintah memegang mandat untuk menjamin pemenuhan hak atas kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan agar pemerintah menjalankan fungsi tata kelola atas sektor swasta—menetapkan arah, mengatur, membangun kemitraan, memanfaatkan informasi, dan menyelaraskan insentif—alih-alih bersaing dengannya (World Health Organization, 2021). Pengalaman kontrak layanan di negara berkembang menunjukkan bahwa pembelian layanan dari penyedia nonpemerintah dapat meningkatkan cakupan dengan cepat apabila disertai target kinerja yang jelas serta pemantauan yang ketat (Loevinsohn & Harding, 2005). Implikasinya, peran Pemerintah Provinsi bukan menambah fasilitas sendiri, melainkan bertindak sebagai pengarah jejaring yang mendaftarkan, menetapkan standar, memberikan insentif berbasis kinerja, dan melakukan pemantauan. Pendekatan ini sekaligus mengoperasionalkan prinsip kebijakan berbasis tempat (Barca dkk., 2012; Nuryana dkk., 2023): sasaran ditetapkan berdasarkan tipologi wilayah dan dapat ditinjau ulang setiap tahun. Tabel 6 merangkum implikasi dari seluruh lensa teoretis terhadap perumusan solusi.

Tabel *6.* Sintesis Lensa Teoretis dan Implikasinya bagi Solusi

Lensa	Temuan kunci	Implikasi bagi solusi
Transisi fertilitas dan model Andersen	Preferensi membatasi kelahiran di Kuadran IV sudah terbentuk; hambatan ada pada faktor pemungkin	Ubah faktor pemungkin (waktu, lokasi, pembiayaan), bukan terutama KIE
Akses sebagai kesesuaian	Ketidaksesuaian pada dimensi akomodasi dan keterjangkauan biaya	Konfigurasi ulang layanan melalui titik layanan yang sudah ada (TPMB/klinik)
Mutu pelayanan KB	Konseling lengkap rendah; sumber non-klinis meningkatkan putus pakai	Integrasi wajib membawa standar konseling, tindak lanjut, dan KBPP

Lensa	Temuan kunci	Implikasi bagi solusi
Tata kelola sektor swasta	Pemerintah efektif sebagai pengarah jejaring berbasis kinerja	Registrasi, standar, insentif kinerja, dan pemantauan
Kebijakan berbasis tempat	Intervensi terdiferensiasi lebih efektif	Sasaran wilayah ditetapkan dan ditinjau ulang berbasis data PK

Sumber: disintesis penulis.

3.3 Fragmentasi Kewenangan dan Kesenjangan Instrumen dalam Kerangka Regulasi Pelayanan KB

Telaah regulasi diarahkan untuk menjawab tiga pertanyaan: apa dasar kewajiban pemerintah daerah, instrumen apa yang sudah tersedia, dan celah pengaturan apa yang masih belum terisi. Hasilnya disajikan pada Tabel 7.

Tabel 7. Telaah Regulasi dan Kebijakan yang Berlaku

Regulasi/kebijakan	Substansi yang relevan	Ruang dan celah bagi solusi
UU 52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga	Pemerintah dan pemerintah daerah wajib meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan kontrasepsi	Dasar kewajiban pemerintah daerah; tidak mengatur teknis jejaring layanan swasta
UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah (lampiran pembagian urusan)	Pelaksanaan pelayanan KB dan pengendalian alat/obat kontrasepsi berada pada kabupaten/kota; provinsi berperan dalam desain program serta pemberdayaan organisasi kemasyarakatan dalam pelayanan dan pembinaan kesertaan ber-KB	Pergub harus berbentuk pengaturan koordinasi, standar, dan insentif—bukan pengambilalihan kewenangan kabupaten/kota
UU 17/2023 tentang Kesehatan	Perizinan praktik tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan; tanggung jawab pemerintah daerah atas akses layanan	Pembinaan TPMB melekat pada kabupaten/kota sehingga diperlukan Perbup/Perwal turunan atau kesepakatan bersama
PP 87/2014	Penyelenggaraan KB, jaminan ketersediaan alat/obat kontrasepsi, dan sistem informasi keluarga	Dasar registrasi fasilitas swasta dan pelaporan layanan

Regulasi/kebijakan	Substansi yang relevan	Ruang dan celah bagi solusi
Perpres 82/2018 beserta perubahannya; Permenkes 3/2023	Penyelenggaraan JKN melalui FKTP dan jejaringnya; standar tarif kapitasi dan non-kapitasi	Sumber pembiayaan jasa layanan KB tersedia, tetapi pemanfaatannya rendah
Permenkes 21/2021	Standar pelayanan kontrasepsi, termasuk KB pascapersalinan	Acuan standar mutu jejaring
Perpres 72/2021; Peraturan BKKBN 12/2021 (RAN PASTI)	Percepatan penurunan stunting; Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) di semua tingkatan pemerintahan	Wadah koordinasi lintas sektor sudah tersedia
Perpres 12/2025 (RPJMN 2025–2029); Renstra Kemendukbangga/BKKBN 2025–2029	TFR dan mCPR sebagai indikator prioritas; penurunan *unmet need* sebagai sasaran kinerja	Keselarasan dengan prioritas nasional
PP 12/2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah	Belanja bantuan keuangan provinsi kepada kabupaten/kota, termasuk yang bersifat khusus	Instrumen insentif fiskal berbasis kinerja
Program berjalan: pelayanan KB gratis, Kampung KB	Penyediaan alat/obat kontrasepsi gratis dan penguatan di tingkat desa/kelurahan	Belum menyasar ketidaksesuaian waktu layanan pekerja perkotaan

Sumber: diolah penulis dari dokumen regulasi.

Telaah tersebut menghasilkan tiga temuan. Pertama, kewenangan terfragmentasi: pelayanan KB dan pembinaan TPMB berada di kabupaten/kota, distribusi alat/obat kontrasepsi dan sistem informasi keluarga dikelola oleh Kemendukbangga/BKKBN, pembiayaan jasa layanan melalui BPJS Kesehatan, sementara provinsi memegang fungsi koordinasi dan perancangan program. Kedua, instrumen sudah tersedia tetapi belum terhubung: alat/obat kontrasepsi gratis, registrasi fasilitas KB, skema jejaring FKTP, dan TPPS berjalan secara terpisah. Ketiga, belum terdapat insentif bagi layanan di luar jam kerja maupun standar konseling yang mengikat penyedia swasta. Solusi yang dibutuhkan bukan program baru, melainkan pengaturan yang menghubungkan instrumen-instrumen yang sudah ada.

3.4 Perumusan, Penilaian, dan Pemilihan Alternatif Kebijakan

Mempertahankan kebijakan yang berjalan tidak dimasukkan sebagai alternatif karena *unmet need* justru meningkat kembali di bawah kebijakan tersebut. Berdasarkan analisis pada subbab 3.1–3.3, dirumuskan empat alternatif yang saling eksklusif. Keempatnya sama-sama bertujuan menurunkan *unmet need* di Kuadran IV, tetapi berbeda dalam titik intervensi, pelaksana, dan segmen penduduk yang dijangkau (Tabel 8).

Alternatif 1 adalah penetapan Peraturan Gubernur tentang Jejaring Pelayanan KB Perkotaan Terintegrasi. Melalui alternatif ini, Pemerintah Provinsi menetapkan kerangka jejaring yang

mendaftarkan TPMB dan klinik swasta di kabupaten/kota Kuadran IV sebagai anggota jejaring pelayanan KB pemerintah. Anggota jejaring memperoleh alat/obat kontrasepsi gratis, fasilitasi menjadi jejaring FKTP JKN, pelatihan konseling, dan insentif kinerja; sebagai imbalannya, mereka wajib memenuhi standar layanan di luar jam kerja, konseling pilihan berinformasi, KBPP, dan pelaporan. Alternatif 2 adalah perluasan jam layanan KB di Puskesmas Kuadran IV pada sore/malam hari dan akhir pekan dengan insentif lembur bagi tenaga kesehatan; alternatif ini menjawab ketidaksesuaian waktu, tetapi hanya melalui jalur pemerintah. Alternatif 3 adalah penyelenggaraan pelayanan KB rutin di tempat kerja dan kawasan industri melalui kerja sama dengan dinas ketenagakerjaan, pengelola kawasan, dan perusahaan; alternatif ini menjangkau pekerja formal, tetapi tidak menjangkau pekerja informal dan ibu rumah tangga. Alternatif 4 adalah kewajiban KBPP di seluruh fasilitas persalinan perkotaan yang dikoordinasikan oleh TPPS; alternatif ini kuat secara kelembagaan dan politik, tetapi hanya menyasar segmen ibu pasca-persalinan.

Tabel 8. Perbandingan Karakteristik Alternatif Kebijakan

Aspek	Alternatif 1: Pergub Jejaring	Alternatif 2: Jam layanan Puskesmas	Alternatif 3: KB tempat kerja	Alternatif 4: KBPP via TPPS
Penyebab yang disasar	1a3 (akar masalah), 1a1, sebagian 1b dan 1c	1a1	1a2	Sebagian 1c (segmen pascapersalinan)
Pelaksana utama	Pemprov (DP3AKB, Dinkes), kab/kota, Perwakilan Kemendukbangga/BKKBN, BPJS, IBI	Dinkes kab/kota, Puskesmas	Disnaker, pengelola kawasan industri, perusahaan	TPPS, fasilitas persalinan
Sumber pembiayaan	Alat/obat kontrasepsi dari BKKBN, JKN, DAK Nonfisik BOKB, bantuan keuangan provinsi	APBD kab/kota	Perusahaan, JKN	JKN, anggaran percepatan penurunan stunting
Segmen yang dijangkau	Seluruh pasangan usia subur perkotaan	Pengguna Puskesmas	Pekerja formal	Ibu pascapersalinan

Sumber: disusun penulis. Kode penyebab mengacu pada Gambar 2.

Hasil penilaian berdasarkan kriteria Bardach dan uji sensitivitasnya disajikan pada Tabel 9. Alternatif 1 memperoleh skor kelayakan teknis tertinggi (5) karena menyasar langsung akar masalah melalui penyedia layanan kontrasepsi modern terbesar (Prameswari & Fardaniah, 2024) dan didukung oleh bukti efektivitas kontrak layanan (Loevinsohn & Harding, 2005). Kemungkinan finansialnya tinggi (4) karena biaya utama berupa alat/obat kontrasepsi dan jasa layanan telah ditanggung oleh skema yang ada, sehingga tambahan anggaran terbatas pada insentif kinerja, pelatihan, dan koordinasi. Viabilitas politiknya tinggi (4) karena selaras dengan RPJMN

dan Renstra, serta dengan seruan BKKBN dan UNFPA untuk mengelola TPMB, meskipun terdapat potensi keberatan dari penyedia terkait beban pelaporan. Titik lemahnya adalah operabilitas administratif (3) karena memerlukan koordinasi dengan provinsi, sembilan kabupaten/kota, Perwakilan Kemendukbangga/BKKBN, BPJS Kesehatan, serta organisasi profesi yang belum terlembaga.

Alternatif 2 dinilai sedang secara teknis (3) karena tidak memanfaatkan jaringan swasta dan dibatasi oleh kapasitas Puskesmas, rendah secara finansial (2) karena memerlukan belanja rutin baru untuk lembur dan tenaga tambahan, tinggi secara politik (4), dan sedang secara administratif (3) karena Puskesmas berada di bawah kabupaten/kota. Alternatif 3 dinilai sedang secara teknis (3) karena hanya menjangkau pekerja formal, tinggi secara finansial (4), sedang secara politik (3) karena berpotensi mendapat keberatan dari dunia usaha, dan rendah secara administratif (2) karena belum ada dasar hukum yang kuat untuk mewajibkan perusahaan menyelenggarakan pelayanan KB. Alternatif 4 dinilai sedang secara teknis (3) karena efektif pada segmen pascapersalinan (World Health Organization, 2013), tetapi tidak menjawab akar masalah bagi pasangan usia subur lainnya, tinggi secara finansial (4), sangat tinggi secara politik (5) karena melekat pada prioritas nasional percepatan penurunan *stunting*, dan tinggi secara administratif (4) karena TPPS sudah terbentuk di semua tingkatan pemerintahan.

Tabel 9. Hasil Penilaian Alternatif Kebijakan dan Uji Sensitivitas

Kriteria / skenario	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Kelayakan teknis	5	3	3	3
Kemungkinan ekonomi dan finansial	4	2	4	4
Viabilitas politik	4	4	3	5
Operabilitas administratif	3	3	2	4
Skor total (maks. 20)	16	12	12	16
Skor tertimbang (maks. 5):				
Bobot setara (25% tiap kriteria)	4,00	3,00	3,00	4,00
Keterbatasan fiskal (finansial 40%, lainnya 20%)	4,00	2,80	3,20	4,00
Kesiapan kelembagaan (administratif 40%, lainnya 20%)	3,80	3,00	2,80	4,00

Sumber: analisis penulis.

Tabel 9 menunjukkan dua kelompok yang jelas. Alternatif 2 dan 3 tertinggal dalam semua skenario. Alternatif 1 dan 4 memperoleh skor total yang sama (16) serta skor tertimbang yang sama pada skenario bobot setara dan skenario keterbatasan fiskal, sedangkan Alternatif 4 unggul tipis pada skenario kesiapan kelembagaan (4,00 dibandingkan dengan 3,80). Sesuai aturan keputusan yang ditetapkan pada bagian Metode, Alternatif 1 ditetapkan sebagai alternatif terpilih karena

memiliki skor kelayakan teknis yang lebih tinggi. Secara substantif, hanya Alternatif 1 yang menjawab akar masalah dalam pernyataan masalah, sedangkan Alternatif 4 hanya menjangkau satu segmen penduduk.

Keunggulan Alternatif 4 dalam hal viabilitas politik dan operabilitas administratif tetap relevan. Bardach (2012) menganjurkan agar alternatif terpilih diperbaiki dengan mengadopsi kekuatan dari alternatif lain. Karena itu, rancangan Alternatif 1 mengadopsi dua kekuatan Alternatif 4: koordinasi jejaring dijalankan melalui TPPS yang sudah terbentuk untuk meningkatkan operabilitas administratif, dan KBPP di fasilitas persalinan swasta dijadikan pintu masuk pada tahap awal untuk memperkuat viabilitas politik. Perbaikan ini tidak mengubah Alternatif 1 menjadi gabungan beberapa kebijakan; ia tetap merupakan satu instrumen pengaturan dengan satu sasaran, yaitu integrasi layanan swasta ke dalam jejaring pelayanan KB pemerintah.

Dengan rancangan tersebut, Peraturan Gubernur yang direkomendasikan memuat tujuh materi pengaturan. Pertama, wilayah sasaran ditetapkan berbasis data, yaitu kabupaten/kota Kuadran IV yang ditetapkan ulang setiap tahun melalui Keputusan Gubernur berdasarkan hasil pendataan keluarga terbaru. Kedua, keanggotaan jejaring mencakup TPMB dan klinik swasta di wilayah sasaran yang difasilitasi untuk terdaftar sebagai fasilitas pelayanan KB dalam sistem informasi keluarga serta menjadi jejaring FKTP dalam skema JKN. Ketiga, standar layanan anggota jejaring meliputi layanan KB di luar jam kerja sesuai jadwal yang disepakati per kecamatan, konseling pilihan berinformasi sesuai Permenkes 21/2021, penawaran dan pemberian KBPP sebelum ibu pulang bagi fasilitas yang melayani persalinan, serta pencatatan dan pelaporan bulanan. Keempat, anggota jejaring memperoleh alat/obat kontrasepsi gratis, pembayaran jasa layanan melalui JKN, pelatihan konseling dan pemasangan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), serta insentif berbasis kinerja. Kelima, pembiayaan bersumber dari bantuan keuangan khusus provinsi kepada kabupaten/kota yang disalurkan berdasarkan capaian indikator kinerja, DAK Nonfisik BOKB, dan JKN. Keenam, kelembagaan berupa sekretariat jejaring di DP3AKB yang koordinasinya dijalankan melalui TPPS Provinsi, forum koordinasi dengan BPJS Kesehatan dan Ikatan Bidan Indonesia (IBI), serta kewajiban koordinatif bagi kabupaten/kota untuk menetapkan peraturan bupati/wali kota sebagai turunan. Ketujuh, pemantauan dan evaluasi menggunakan indikator angka *unmet need* kabupaten/kota Kuadran IV, jumlah dan proporsi TPMB dan klinik yang terdaftar serta melapor, jumlah titik layanan di luar jam kerja, cakupan KBPP, dan proporsi akseptor baru yang menerima konseling lengkap.

Pelaksanaan rekomendasi dirancang secara bertahap sebagaimana disajikan pada Tabel 10. Tahapan ini memungkinkan pembelajaran dari uji coba sebelum perluasan, sekaligus menyediakan titik evaluasi yang selaras dengan siklus pendataan keluarga tahunan.

Tabel 10. Tahapan Pelaksanaan Kebijakan yang Direkomendasikan

Tahap	Waktu	Langkah konkret	Penanggung jawab
1. Penetapan	Bulan 0–6	Penyusunan rancangan Pergub; harmonisasi dengan Biro Hukum; konsultasi dengan kabupaten/kota, BPJS Kesehatan, dan IBI; pemetaan TPMB dan klinik di wilayah sasaran; penetapan Pergub	Gubernur; DP3AKB; Dinkes; Biro Hukum

Tahap	Waktu	Langkah konkret	Penanggung jawab
2. Uji coba	Bulan 7–18	Pelaksanaan di tiga kabupaten/kota Kuadran IV dengan *unmet need* tertinggi—Kota Bogor (18,52%), Kabupaten Bekasi (17,80%), dan Kota Cirebon (17,59%)—dimulai dengan KBPP di fasilitas persalinan swasta dan titik layanan malam; penyaluran bantuan keuangan khusus berbasis kinerja	DP3AKB; TPPS; pemerintah kabupaten/kota sasaran
3. Perluasan	Bulan 19–36	Perluasan ke seluruh kabupaten/kota Kuadran IV; evaluasi berbasis pendataan keluarga tahunan; pengintegrasian ke dalam RKPD dan RPJMD	Gubernur; Bappeda; DP3AKB; Dinkes

Sumber: disusun penulis.

Tiga risiko utama perlu diantisipasi. Keengganan penyedia swasta akibat beban administrasi dapat dimitigasi dengan memanfaatkan sistem pelaporan yang sudah ada dan mengaitkan pelaporan dengan manfaat yang diterima. Keterbatasan fiskal kabupaten/kota dapat dimitigasi melalui bantuan keuangan khusus provinsi berbasis kinerja. Risiko penurunan mutu akibat perluasan layanan dapat dimitigasi melalui pelatihan konseling dan supervisi yang suportif.

4. Kesimpulan

Artikel ini berangkat dari pertanyaan tentang kebijakan apa yang paling layak ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Barat untuk menurunkan *unmet need* di kawasan perkotaan dan metropolitan. Jawabannya adalah penetapan Peraturan Gubernur tentang Jejaring Pelayanan KB Perkotaan Terintegrasi, yaitu pengaturan yang mengintegrasikan Tempat Praktik Mandiri Bidan dan klinik swasta ke dalam jejaring pelayanan KB pemerintah di kabupaten/kota Kuadran IV. Jawaban ini bertumpu pada temuan bahwa kenaikan kembali *unmet need* Jawa Barat bukan persoalan yang merata. *Unmet need* justru berkorelasi negatif dengan TFR, dan titik kritisnya berada pada sembilan kabupaten/kota metropolitan yang dihuni sekitar 45% penduduk provinsi, dengan rata-rata *unmet need* 14,72% pada TFR rata-rata 1,92. Di kawasan ini, keinginan membatasi kelahiran sudah terbentuk, sehingga masalahnya terletak pada cara layanan diorganisasi, bukan pada motivasi masyarakat.

Pilihan kebijakan tersebut lahir dari analisis bahwa solusi tidak memerlukan program atau fasilitas baru. Penyedia layanan terbesar, alat dan obat kontrasepsi gratis, skema Jaminan Kesehatan Nasional, serta wadah koordinasi Tim Percepatan Penurunan *Stunting* sudah tersedia, tetapi berjalan sendiri-sendiri karena kewenangan yang terfragmentasi di antara pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, Kemendukbangga/BKKBN, dan BPJS Kesehatan. Dalam kondisi demikian, peran yang paling tepat bagi Pemerintah Provinsi adalah menjadi pengarah jejaring yang menghubungkan instrumen-instrumen tersebut, menetapkan standar mutu, serta menyelaraskan insentif. Penilaian terhadap empat alternatif dengan kriteria Bardach dan uji sensitivitas mengonfirmasi bahwa pengaturan jejaring layanan swasta merupakan satu-satunya alternatif yang menjawab akar masalah sekaligus tetap layak secara finansial dan politik.

Selain itu, Peraturan Gubernur juga perlu mengatur wilayah sasaran yang ditetapkan ulang setiap tahun berdasarkan data pendataan keluarga, keanggotaan jejaring yang terhubung dengan sistem informasi keluarga dan skema JKN, standar layanan di luar jam kerja, konseling pilihan berinformasi dan KB pasca-persalinan, insentif berbasis kinerja melalui bantuan keuangan khusus provinsi, serta sistem pemantauan dengan indikator yang terukur. Kekuatan kelembagaan dan politik agenda percepatan penurunan *stunting* dimanfaatkan dengan menjalankan koordinasi jejaring melalui Tim Percepatan Penurunan *Stunting* serta menjadikan KB pasca-persalinan di fasilitas persalinan swasta sebagai pintu masuk pada tahap awal.

Pelaksanaannya disarankan berlangsung bertahap dalam 36 bulan: penetapan regulasi dan pemetaan penyedia pada enam bulan pertama, uji coba di tiga wilayah dengan *unmet need* tertinggi—Kota Bogor, Kabupaten Bekasi, dan Kota Cirebon—pada bulan ketujuh hingga kedelapan belas, lalu perluasan ke seluruh wilayah Kuadran IV disertai integrasi ke dalam dokumen perencanaan daerah. Dengan cara ini, Pemerintah Provinsi Jawa Barat dapat menurunkan *unmet need* pada simpul yang paling menentukan capaian provinsi dengan memanfaatkan sumber daya yang sudah tersedia, sejalan dengan semangat "Jabar Istimewa: Lembur Diurus, Kota Ditata".

Wilayah Kuadran I dan II memerlukan jenis intervensi yang berbeda, yaitu perluasan jangkauan layanan di wilayah pengirim pekerja migran dan perubahan norma fertilitas, sehingga layak menjadi agenda kebijakan dan kajian tersendiri. Kajian selanjutnya juga disarankan menggunakan data panel beberapa tahun dan pembobotan jumlah penduduk untuk menguji kestabilan tipologi wilayah, serta memvalidasi skoring prioritas dan penilaian alternatif melalui panel ahli dan praktisi program KB.

Daftar Pustaka

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 1. https://doi.org/10.2307/2137284

Barca, F., McCann, P., & Rodríguez-Pose, A. (2012). The Case for Regional Development Intervention: Place-Based Versus Place-Neutral Approaches. *Journal of Regional Science*, *52*(1), 134–152. https://doi.org/10.1111/j.1467-9787.2011.00756.x

Bardach, E. (2012). *A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving 4E*. SAGE.

BPS Provinsi Jawa Barat. (2026). *Provinsi Jawa Barat Dalam Angka 2026* (Vol. 51). Bandung: BPS Provinsi Jawa Barat. Diambil dari https://jabar.bps.go.id

Bradley, S. E. K., Croft, T. N., Fishel, J. D., & Westoff, C. F. (2012). *Revising Unmet Need for Family Planning* (No. DHS Analytical Studies No. 25). Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Bruce, J. (1990). Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning*, *21*(2), 61. https://doi.org/10.2307/1966669

Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: The unfinished agenda. *The Lancet*, *368*(9549), 1810–1827. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69480-4

Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermúdez, A., & Kafury-Goeta, A. C. (2006). Birth Spacing and Risk of Adverse Perinatal Outcomes: A Meta-analysis. *JAMA*, *295*(15), 1809. https://doi.org/10.1001/jama.295.15.1809

Davis, K., & Blake, J. (1956). Social Structure and Fertility: An Analytic Framework. *Economic Development and Cultural Change*, *4*(3), 211–235. https://doi.org/10.1086/449714

Dewey, K. G., & Cohen, R. J. (2007). Does birth spacing affect maternal or child nutritional status? A systematic literature review. *Maternal & Child Nutrition*, *3*(3), 151–173. https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2007.00092.x

Dunn, W. N. (2018). *Public policy analysis: An integrated approach* (Sixth Edition). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

European Commission & EuropeAid Cooperation Office. (2004). *Aid Delivery Methods: Project Cycle Management Guidelines*. Brussels, Belgium: European Commission, EuropeAid Cooperation Office. Diambil dari http://capacity4dev.europa.eu/library/aid-delivery-methods-project-cycle-management-guidelines-europeaid-2004_en

Fawcett, J. T. (1972). *The satisfactions and costs of children, theories, concepts, methods: A summary report and proceedings of the Workshop on Assessment of the Satisfactions and Costs of Children held at the East-West Center, Honolulu, Hawaii, April 27-29*. Honolulu: East-West Center. Diambil dari https://catalog.hathitrust.org/Record/009806685

Jain, A. K., Obare, F., RamaRao, S., & Askew, I. (2013). Reducing Unmet Need by Supporting Women with Met Need. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *39*(03), 133–141. https://doi.org/10.1363/3913313

Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. (2020). Penurunan Angka Unmet Need Turunkan Angka Kematian Ibu. Diambil 29 September 2026, dari Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan website: https://www.kemenkopmk.go.id/penurunan-angka-unmet-need-turunkan-angka-kematian-ibu

Kementerian Pelindungan Pekerja Migran Indonesia / Badan Pelindungan Pekerja Migran Indonesia (KP2MI/BP2MI). (2026). *Data Layanan Penempatan dan Pelindungan Pekerja Migran Indonesia: Januari s.d. Desember 2025* [Laporan Bulanan]. Jakarta: Pusat Data dan Informasi (PUSDATIN) Kementerian Pelindungan Pekerja Migran Indonesia. Diambil dari Pusat Data dan Informasi (PUSDATIN) Kementerian Pelindungan Pekerja Migran Indonesia website: https://kp2mi.go.id/statistik-detail/data-penempatan-dan-pelindungan-pekerja-migran-indonesia-periode-januari-desember-2025

Kepner, C. H., & Tregoe, B. B. (1997). *The New Rational Manager: An Updated Edition for a New World*. Princeton Research Press.

Klassen, L. H. (1965). *Area Economic and Social Redevelopment: Guidelines for Programmes*. Paris: OECD.

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Liyanto, E., Nuryana, D., Cahyani, R. A., Utomo, B., & Magnani, R. (2022). How well are Indonesia's urban poor being provided access to quality reproductive health services? *PLOS ONE*, *17*(4), e0265843. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265843

Loevinsohn, B., & Harding, A. (2005). Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *The Lancet*, *366*(9486), 676–681. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67140-1

Martilla, J. A., & James, J. C. (1977). Importance-Performance Analysis. *Journal of Marketing*, *41*(1), 77–79. https://doi.org/10.1177/002224297704100112

Notestein, F. W. (1945). Population: The Long View. Dalam T. W. Schultz (Ed.), *Food for the World* (hlm. 36–57). Chicago: University of Chicago Press.

Nuryana, D., Cahyani, R., Rahayu, S., Romadlona, N., Liyanto, E., Daisy, L., … Magnani, R. (2023). Unmet Need for Family Planning in Indonesia and Its Associated Factors. *Makara Journal of Health Research*, *27*(1). https://doi.org/10.7454/msk.v27i1.1403

Overseas Development Institute (ODI). (2009). *Successful Communication: Planning Tools – Problem Tree Analysis*. Diambil dari https://odi.org/en/publications/planning-tools-problem-tree-analysis/

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, *19*(2), 127–140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

Prameswari, L. B., & Fardaniah, R. (2024, September 23). UNFPA: Praktik Mandiri Bidan Perlu Dikelola demi Pemerataan Layanan KB. Diambil 29 September 2026, dari ANTARA News website: https://www.antaranews.com/berita/4351939/unfpa-praktik-mandiri-bidan-perlu-dikelola-demi-pemerataan-layanan-kb

Roberts, M., Gil Sander, F., & Tiwari, S. (2019). *Time to ACT: Realizing Indonesia's Urban Potential*. Washington, DC: World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1389-4

Safitri, H., Siregar, K., Eryando, T., Rahmadewi, R., Herdayati, M., & Irawaty, D. (2021). Pemberian Layanan Keluarga Berencana Berpengaruh Penting Terhadap Kejadian Unmet Need: Analisis Lanjut Data SDKI 2017. *Jurnal Biostatistik, Kependudukan, dan Informatika Kesehatan*, *1*(2). https://doi.org/10.7454/bikfokes.v1i2.1007

Samosir, O. B., Kiting, A. S., & Aninditya, F. (2019). *Determinants of Contraceptive Discontinuation in Indonesia: Further Analysis of the 2017 Demographic and Health Survey* (DHS Working Paper No. 159). Rockville, Maryland, USA: ICF. Diambil dari ICF website: https://dhsprogram.com/publications/publication-wp159-working-papers.cfm

Shanti, H. D., & Hadi, B. S. (2022). BKKBN: Ibu yang Ikuti KB Pascapersalinan Kurang dari 30 Persen. Diambil 30 September 2026, dari ANTARA News website: https://www.antaranews.com/berita/2942657/bkkbn-ibu-yang-ikuti-kb-pascapersalinan-kurang-dari-30-persen

Shanti, H. D., & Jauhary, A. (2021, September). BKKBN Targetkan 70 Persen Ibu Ikuti Program KB Pascapersalinan. Diambil 30 September 2026, dari ANTARA News website: https://m.antaranews.com/amp/berita/2417053/bkkbn-targetkan-70-persen-ibu-ikuti-program-kb-pascapersalinan

Sumiyati, S., Kurniawan, I., Hakim, A., Ermanto, C., & Ali, A. (2024). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Unmet Need (Analisis Berdasar Hasil Capaian Data Pemutakhiran Keluarga Tahun 2023). *Action Research Literate*, *8*(7), 2105–2110. https://doi.org/10.46799/arl.v8i7.459

Susanti, L., Utarini, A., & Wilopo, S. A. (2026). Family planning service quality and contraceptive discontinuation among short-acting contraceptive users in Indonesia: A survival analysis of the 2017 Indonesia demographic health survey. *BMC Women's Health*, *26*(1), 424. https://doi.org/10.1186/s12905-026-04587-9

UN. General Assembly (70th sess. : 2015-2016) (Ed.). (21). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development: resolution*. New York: UN. Diambil dari https://digitallibrary.un.org/record/3923923

World Health Organization. (2013). *Programming Strategies for Postpartum Family Planning*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Diambil dari https://www.who.int/publications/i/item/9789241506496

World Health Organization. (2021). *Engaging the Private Health Service Delivery Sector Through Governance in Mixed Health Systems: Strategy Report of the WHO Advisory Group on the Governance of the Private Sector for Universal Health Coverage* (1st ed). Geneva: World Health Organization.