

HUBUNGAN FAKTOR SOSIO-DEMOGRAFI TERHADAP SUNAT PEREMPUAN DI INDONESIA

Socio-demographic Factors Related to Female Genital Circumcision in Indonesia

Suparmi¹, Ika Saptarini¹, Kencana Sari¹, Tin Afifah¹, Andi Susilowati¹, Dwi Octa Amalia²

¹Pusat Teknologi dan Intervensi Kesehatan Masyarakat
²Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Kementerian Kesehatan RI
e-mail: suparmi@litbang.depkes.go.id

Abstract

Background: Various types of female genital circumcision (FGC) practice are still happened in Indonesia. Any type of FGC has no proven benefit on health.

Objective: The aim of the study was to assess socio-demographic factors related to FGC in Indonesia

Method: This study was a cross-sectional study using data from the 2013 Basic Health Research (RISKESDAS). The sample study was female children age 0-11 years, which are 114,993 children. The backward logistic regression was used for analysis.

Result: The prevalence of FGC in Indonesia was 51.2 percent. Education level of household head were negatively associated with FGC (AOR = 0.83; 95%CI = 0.81 - 0.87). Household head which aged more than 40 years were 16 percent lower to practice FGC (AOR = 0.84; 95%CI = 0.81 - 0.87). In addition, socio-economic status were positively associated with FGC.

Conclusion: Low educated of household head and live in urban area wastend to circumcized their children. Mass campaign and active education for the community is needed to reduce FGC practice in Indonesia.

Keywords: female genital circumcision, socio-demographic factors, Indonesia

Abstrak

Latar belakang: Praktik sunat perempuan di Indonesia masih terjadi dalam berbagai tipe. Sunat perempuan hingga saat ini belum terbukti bermanfaat bagi kesehatan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor sosio-demografi yang berhubungan dengan praktik sunat perempuan di Indonesia.

Metode: Penelitian ini menggunakan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 dengan desain potong lintang. Sampel dalam penelitian ini meliputi anak umur 0-11 tahun, berjumlah 114.993 anak. Analisis menggunakan regresi logistik ganda metode backward.

Hasil: Prevalensi sunat perempuan di Indonesia sebesar 51,2 persen. Tingkat pendidikan kepala rumah tangga memiliki hubungan negatif terhadap praktik sunat perempuan (AOR = 0,83; 95% CI = 0,81-0,87). Kepala rumah tangga yang berumur lebih dari 40 tahun memiliki risiko 16% lebih rendah untuk melakukan sunat perempuan (AOR = 0,84; 95% CI = 0,81-0,87). Selain itu, status sosial-ekonomi memiliki hubungan positif terhadap sunat perempuan.

Kesimpulan: Kepala rumah tangga dengan pendidikan rendah dan tinggal di perkotaan cenderung untuk menyunatkan anak perempuannya. Oleh sebab itu, promosi dan edukasi khususnya pada masyarakat berpendidikan rendah diperlukan untuk mengurangi praktik sunat perempuan di Indonesia.

Kata kunci: sunat perempuan, faktor sosio-demografi, Indonesia

Naskah masuk: 17 April 2015

Review: 22 April 2015

Disetujui terbit: 20 November 2015

PENDAHULUAN

Praktik sunat perempuan merupakan tradisi yang telah lama dikenal oleh masyarakat di Indonesia. Bentuk-bentuk pelaksanaannya sangat beragam, mulai dari bersifat simbolis, pembersihan, mencolek, membersihkan kotoran, hingga melukai alat kelamin perempuan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sunat perempuan adalah semua prosedur yang melibatkan pengangkatan sebagian atau seluruh dari bagian luar alat kelamin perempuan atau mengores alat kelamin perempuan tanpa adanya alasan medis.¹

WHO mengklasifikasikan sunat perempuan menjadi empat tipe yaitu: (a) Tipe 1, yaitu memotong seluruh bagian klitoris (bagian jaringan yang kecil mirip penis pada tubuh pria); (b) Tipe 2, memotong sebagian klitoris; (c) Tipe 3, menjahit atau menyempitkan mulut vagina (infibulasi) dan; (d) tipe 4, menindik, mengores jaringan sekitar lubang vagina, atau memasukkan sesuatu ke dalam vagina agar terjadi perdarahan dengan tujuan memperkencang atau mempersempit vagina.²

Sunat perempuan tipe apapun merupakan suatu bentuk pelanggaran hak asasi manusia.¹ Sunat perempuan terbukti tidak memiliki manfaat dan cenderung dapat memberikan dampak negatif terhadap kesehatan fisik dan psikologi.^{2,3} Tingginya risiko yang ditimbulkan karena sunat perempuan membuat beberapa negara melakukan pelarangan terhadap praktik tersebut, seperti Parlemen Mesir yang mengesahkan Undang-undang (UU) tentang pelarangan sunat perempuan.⁴

Sekitar 130-140 juta wanita diperkirakan telah menjadi subjek sunat perempuan tiap tahunnya. Hal ini terjadi di 28 negara di Afrika dan beberapa negara Asia dan Timur Tengah, termasuk Indonesia.⁵ Komite CEDAW (*The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*) menyatakan keprihatinannya atas masih terjadinya praktik sunat perempuan di Indonesia yang merupakan suatu bentuk kekerasan terhadap perempuan dan anak. Hasil penelitian Population Council tahun 2002-2003 menunjukkan bahwa sunat perempuan dan medikalisasi di Indonesia dilakukan dengan berbagai tipe.⁶

Sunat perempuan masih menjadi isu global terkait dengan pelanggaran terhadap hak asasi perempuan. Namun, praktik sunat perempuan di Indonesia masih cukup tinggi. Riskesdas tahun 2013 melaporkan bahwa persentase pernah disunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun secara nasional sebesar 51,2 persen, dengan persentase tertinggi di Gorontalo (83,7%) dan terendah di Nusa Tenggara Timur (2,7%).⁷ Oleh sebab itu, faktor yang berhubungan dengan praktik sunat perempuan di Indonesia.

METODE

Artikel ini merupakan hasil dari analisis lanjut data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 merupakan survei berskala nasional dengan responden sejumlah 294.959 rumah tangga, 1.027.763 anggota rumah tangga. Populasi dalam penelitian ini adalah anak perempuan umur 0-11 tahun di Indonesia. Seluruh responden anak perempuan umur 0-11 tahun yang ada di data Riskesdas 2013 diikuti dalam analisis, yaitu sebesar 114.993 anak.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah praktik sunat perempuan pada anak umur 0-11 tahun yang diperoleh berdasarkan informasi dari ibu atau keluarga anak tersebut. Faktor sosio-demografi yang dianalisis meliputi umur anak, umur, pendidikan dan pekerjaan kepala keluarga, status sosial ekonomi, dan tempat tinggal.

Umur anak yang dimaksud dalam penelitian ini adalah umur anak pada saat survey RISKESDAS dilaksanakan, yang dibagi menjadi tiga kelompok yaitu <1 tahun, 1-4 tahun dan 5-11 tahun. Umur kepala rumah tangga dibagi menjadi dua kelompok yaitu ≤40 tahun dan >40 tahun. Pendidikan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu tidak sekolah/tidak tamat SD, Tamat SD/SLTP, tamat SLTA/PT. Pekerjaan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu tidak bekerja/sekolah, pegawai/wiraswasta, petani/nelayan/buruh/lainnya. Tempat tinggal dibagi menjadi dua kelompok, perkotaan dan pedesaan. Status ekonomi dibagi menjadi lima kelompok berdasarkan kuintil.

Seluruh variabel dianalisis dengan Stata versi 12. Analisis multivariate dilakukan dengan regresi logistik ganda menggunakan metode *backward* dengan signifikansi 5 persen dan 95 persen *confidence interval*, sehingga dapat diperoleh determinan sunat perempuan. Seleksi kandidat variabel pada analisis bivariat dilakukan dengan regresi logistik sederhana dengan signifikansi kurang dari 0,25.⁸ Tabulasi silang dilakukan untuk memperoleh proporsi tiap kategori variabel menurut sunat yang dilakukan pada perempuan.

HASIL

Analisis univariat menunjukkan bahwa prevalensi sunat perempuan di Indonesia sebesar 51,2 persen. Tabel 1 menunjukkan bahwa seluruh variabel independen (umur anak, umur kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, pekerjaan kepala keluarga, status sosial ekonomi dan tempat tinggal) masuk ke dalam uji multivariat ($p < 0,25$).

Tabel 1. Analisis bivariat hubungan karakteristik anak, kepala keluarga dan rumah tangga terhadap praktiksuntat perempuan, Riskesdas 2013

Karakteristik	Pernah sunat perempuan				Crude odds ratio	95% CI	p-value
	Ya		Tidak				
	n	%	n	%			
Umur anak							
< 1 tahun	3.124	37,3	5.254	62,7	1,00	referensi	
1-4 tahun	17.130	49,0	17.855	51,0	1,61	1,49 - 1,75	0,000
5-11 tahun	36.297	54,1	30.758	45,9	1,98	1,84 - 2,14	0,000
Umur KRT							
≤ 40 thn	34.600	52,4	31.416	47,6	1,00	referensi	
> 40	21.951	49,4	22.451	50,6	0,89	0,86 - 0,92	0,000
Pendidikan KRT							
Tidak sekolah/tidak tamat SD	7.575	47,7	8.315	52,3	1,00	referensi	
Tamat SD/SLTP	29.700	52,6	26.757	47,4	1,22	1,16 - 1,28	0,000
Tamat SLTA/PT	19.276	50,6	18.795	49,4	1,13	1,07 - 1,19	0,000
Pekerjaan KRT							
Tidak bekerja/sekolah	3.334	49,4	3.416	50,6	1,00	referensi	
Pegawai/wiraswasta	24.998	52,7	22.432	47,3	1,14	1,06 - 1,23	0,001
Petani/nelayan/buruh/lainnya	28.219	50,2	28.020	49,8	1,03	0,96 - 1,11	0,410
Tempat Tinggal							
Perkotaan	29.801	55,8	23.624	44,2	1,00	referensi	
Perdesaan	26.749	46,9	30.243	53,1	0,70	0,68 - 0,73	0,000
Status sosial ekonomi							
Kuintil 1	7.985	44,5	9.976	55,5	1,00	referensi	
Kuintil 2	10.140	49,3	10.446	50,7	1,21	1,15 - 1,28	0,000
Kuintil 3	11.685	51	11.224	49	1,30	1,23 - 1,37	0,000
Kuintil 4	14.788	55,6	11.806	44,4	1,57	1,48 - 1,65	0,000
Kuintil 5	11.953	53,4	10.414	46,6	1,43	1,36 - 1,51	0,000

Hasil uji multivariat regresi logistik sunat perempuan pada anak umur 0-11 tahun di Indonesia disajikan pada Tabel 2. Anak yang berumur 5-11 tahun memiliki risiko 2,09 kali untuk disunat dibandingkan pada anak dibawah satu tahun (AOR=2,09; 95%CI=1,93-2,26). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan kepala rumah tangga

memiliki hubungan negatif terhadap praktik sunat perempuan (AOR = 0,83; 95% CI = 0,78-0,89). Kepala rumah tangga yang berumur lebih dari 40 tahun memiliki risiko 16% lebih rendah untuk melakukan sunat perempuan (AOR = 0,84; 95% CI = 0,81-0,87).

Tabel 2. Analisis multivariat regresi logistik terhadap praktik sunat perempuan di Indonesia, Riskesdas 2013

Karakteristik	<i>Adjusted odds ratio</i>	<i>95% CI</i>	<i>p-value</i>
Umur anak			
<1 tahun	1,00	referensi	
1-4 tahun	1,64	1,51 – 1,78	0,000
5-11 tahun	2,09	1,93 – 2,26	0,000
Umur KRT			
≤ 40 thn	1,00	referensi	
> 40	0,84	0,81 – 0,87	0,000
Pendidikan KRT			
Tidak sekolah/tidak tamat SD	1,00	referensi	
Tamat SD/SMP	1,08	1,03 – 1,14	0,002
Tamat SMA/PT	0,83	0,78 – 0,89	0,000
Tempat Tinggal			
Perkotaan	1,00	referensi	
Perdesaan	0,71	0,68 – 0,74	0,000
Status sosial ekonomi			
Kuintil 1	1,00	referensi	
Kuintil 2	1,17	1,11 – 1,24	0,000
Kuintil 3	1,22	1,15 – 1,29	0,000
Kuintil 4	1,47	1,38 – 1,56	0,000
Kuintil 5	1,39	1,30 – 1,49	0,000

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak perempuan yang tinggal di wilayah perdesaan memiliki risiko 29 persen yang lebih rendah untuk disunat bila dibandingkan dengan anak yang tinggal di perkotaan (AOR=0,71; 95% CI=0,68-0,74). Selain itu, status sosio-ekonomi memiliki hubungan positif terhadap sunat perempuan. Semakin tinggi status sosio-ekonomi, akan semakin besar risiko anak perempuan untuk disunat.

PEMBAHASAN

Gambaran praktik sunat perempuan

Praktik sunat perempuan di Indonesia masih terjadi dengan berbagai tipe. Menurut UNICEF, sunat perempuan di Indonesia merupakan tipe 1 (*clitoridectomy*) atau tipe IV (mencubit, menindik, menggores jaringan sekitar vagina).¹⁰ Pada daerah-daerah tertentu sunat perempuan dilakukan secara simbolis dengan cara menggoreskan kunyit di bagian klitoris.⁶ Sunat perempuan tipe apapun terbukti tidak memiliki manfaat dan cenderung dapat

memberikan dampak negatif terhadap kesehatan fisik dan psikologi.¹

Hasil penelitian di Mesir menyebutkan bahwa sunat perempuan dapat menyebabkan disfungsi seksual, antara lain penurunan keinginan seksual (hampir separuh dari responden), diikuti oleh penurunan gairah seksual (36%) dan dispareunia (31,5%).¹¹ Hal ini sejalan dengan penelitian lain di Arab Saudi yang menunjukkan bahwa sunat perempuan dapat menurunkan gairah seksual, berkurangnya lubricasi, tidak tercapainya orgasme dan kepuasan seksual.¹²

Di Indonesia, praktik sunat perempuan didukung oleh Fatwa MUI Nomor 9A Tahun 2008 yang menyebutkan bahwa sunat perempuan merupakan makrumah, dimana pelaksanaannya merupakan salah satu bentuk ibadah yang dianjurkan. Berdasarkan fatwa ini, sunat perempuan dilakukan dengan menghilangkan selaput (*jaldah/colum/spraeputium*) yang menutupi klitoris, namun tidak boleh dilakukan secara berlebihan, seperti memotong atau melukai klitoris (insisi dan eksisi) yang mengakibatkan bahaya (*dlarar*).¹³

Melalui proses yang panjang dengan melibatkan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, LSM, Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syarak (MPKS), dan MUI, pada tahun 2010 diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1636/MENKES/PER/XI/2010.¹⁴ Permenkes ini berisi bagaimana penyelenggaraan sunat perempuan, termasuk syarat, prosedur, tenaga kesehatan yang melakukan serta pembinaan dan pengawasan. Permenkes tersebut disahkan untuk memberikan kepastian dan perlindungan pada kaum perempuan dengan cara mengurangi risiko/tingkat bahaya sunat perempuan. Sunat perempuan masih dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih sehingga dianggap lebih aman dan lebih higienis bila dibandingkan tenaga non kesehatan.

Penerbitan Permenkes tersebut menimbulkan banyak kritik dan tanggapan, baik dari tingkat nasional maupun internasional, diantaranya Amnesty Internasional yang menganggap Permenkes tersebut sebagai kemunduran Pemerintah RI dalam pelanggaran hak asasi perempuan. International Federation of

Gynecology and Obstetrics (FIGO) juga memberikan tanggapan terhadap kebijakan tersebut. Selain itu, *Non Government Organization* (NGO) dari 36 negara memberikan petisi untuk mencabut permenkes tersebut. Oleh sebab itu, setelah melalui berbagai proses koordinasi dengan melibatkan banyak pihak, pada tahun 2014 Kementerian Kesehatan menerbitkan Permenkes Nomor 6 Tahun 2014 tentang Pencabutan Permenkes Nomor 1636/MENKES/PER/XI/2010 tentang Sunat Perempuan.¹⁵ Hal ini berdasarkan pertimbangan bahwa sunat perempuan bukan merupakan tindakan kedokteran karena pelaksanaannya tidak berdasarkan indikasi medis dan belum terbukti bermanfaat bagi kesehatan. Namun pencabutan Permenkes ini masih belum menyelesaikan masalah karena praktek sunat perempuan masih banyak terjadi di Indonesia.

Faktor sosio-demografi yang berhubungan dengan praktik sunat perempuan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan kepala rumah tangga memiliki hubungan negatif terhadap praktik sunat perempuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan kepala rumah tangga, rendah kemungkinan untuk menyunatkan anak perempuannya. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Tag-Eldin et al (2008) di Mesir, Al-Khulaidi di Yaman (2013) dan Yasin et al (2013) di Kurdish Iraq, yang menyebutkan bahwa ayah dan ibu dengan pendidikan perguruan tinggi memiliki kemungkinan untuk disunat lebih rendah dibandingkan ayah dan ibu yang buta huruf (*illiterate*).^{16,17,18} Secara umum, peningkatan pendidikan dapat menurunkan risiko untuk memiliki perilaku yang tidak sehat. Selain itu, hasil penelitian ini merefleksikan bahwa kepala keluarga sangat berpengaruh pada proses pengambilan keputusan terkait sunat perempuan.

Menurut status sosial ekonomi, terlihat bahwa keluarga dengan status ekonomi tinggi cenderung melakukan praktik sunat perempuan. Hal ini kemungkinan karena dalam melakukan sunat dibutuhkan tenaga pesunat baik tenaga kesehatan maupun pesunat tradisional yang memerlukan biaya. Masyarakat dengan sosial ekonomi rendah

cenderung lebih mengutamakan pemenuhan kebutuhan pokok.¹⁹

Penelitian ini menunjukkan bahwa anak perempuan yang tinggal di wilayah perkotaan memiliki kemungkinan lebih besar untuk disunat dibandingkan anak yang tinggal di perdesaan. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Iraq yang menyebutkan bahwa anak perempuan di daerah perdesaan memiliki risiko 1,3 kali lebih tinggi untuk disunat dibandingkan anak yang tinggal di perkotaan.¹⁸ Hal ini kemungkinan berhubungan dengan status sosial ekonomi, dimana di wilayah perdesaan cenderung memiliki status sosial ekonomi lebih rendah bila dibandingkan dengan wilayah perkotaan. Berdasarkan hasil Riskesdas 2013, sekitar 27 persen penduduk berstatus sosial ekonomi rendah, sedangkan di perkotaan hanya sekitar 4,4 persen.⁷ Selain itu, penduduk perkotaan memiliki akses pelayanan kesehatan yang lebih baik bila dibandingkan dengan penduduk perdesaan. Hal ini terlihat dari hasil Riskesdas 2013 dimana 64,7 persen perempuan umur 0-11 tahun di wilayah perkotaan disunat oleh tenaga kesehatan, sedangkan di wilayah perdesaan hanya 40,6 persen. Dengan demikian, sebagian besar perempuan di pedesaan disunat oleh dukun atau tukang sunat (59,4%).²⁰

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa kepala rumah tangga yang berpendidikan rendah dan tinggal di perkotaan cenderung untuk menyunatkan anak perempuannya. Pentingnya informasi terkait dampak negatif sunat perempuan baik secara fisik maupun psikologis perlu disampaikan kepada masyarakat.

SARAN

Promosi dan edukasi terutama terhadap masyarakat berpendidikan rendah diperlukan agar masyarakat menyadari dampak terkait praktik sunat perempuan, sehingga dapat mengurangi praktik sunat perempuan di Indonesia. Edukasi terhadap pesunat, kerja sama antara Kemenkes, MUI, Toga/Toma.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terimakasih kepada dr. Sarimawar Djaja, M.Kes dan drg Wara Pertiwi Osing, MA yang telah memberikan masukan dalam pelaksanaan kajian. Selain itu ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Kepala Badan Litbang Kesehatan Kemenkes RI yang telah memberikan ijin untuk melakukan analisis data Riskesdas 2013.

DAFTAR PUSTAKA

1. The World Health Organization. Global strategy to stop health-care providers performing female genital mutilation. WHO: Geneva. 2010.
2. The World Health Organization. Eliminating female genital mutilation: An interagency statement. WHO: Geneva. 2008.
3. The World Health Organization. A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth. WHO: Geneva. 2000.
4. Dalal K, Lawoko S, Jansson B. Women's attitudes towards discontinuation of female genital mutilation in Egypt. *Inj Violence Res.* 2010 Jan; 2(1): 41-7.
5. The World Health Organization. An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM): Progress report. Geneva. 2011.
6. Budiharsana M. Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights. Population Council: Jakarta. 2004.
7. Badan Litbangkes. Laporan RISKEDAS 2013. Kementerian Kesehatan RI: Jakarta. 2013.
8. Hosmer DW, Lemeshow S: *Applied Logistic Regression*. 2 edition. New York: Wiley; 2000.
9. Kementerian Kesehatan RI. Surat Edaran Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI Nomor HK.00.07.1.31047 a, tanggal 20 April 2006. Pelarangan sunat perempuan. Jakarta. 2006.
10. UNICEF. Indonesia: Statistical Profile on Female Genital Mutilation/Cutting. UNICEF. 2015.
11. Elnashar AM, EL-Dien Ibrahim M, EL-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in lower Egypt. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007; 114:201–206 (doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01106.x).
12. Alsibiani A, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility*, 2008;93(3):722-724.
13. Majelis Ulama Indonesia. Fatwa MUI nomor 9A tahun 2008 tentang larangan melarang sunat perempuan. Jakarta. 2008.

14. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1636/MENKES/PER/XI/2010 tentang Sunat Perempuan. Jakarta. 2010.
15. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Pencabutan Permenkes Nomor 1636/MENKES/PER/XI/2010 tentang Sunat Perempuan.
16. Tag-Eldin MA, Gadallah MA, Al-Tayeb MN, Abdel-Aty M, Mansour E, Sallem M. Prevalence of female genital cutting among Egyptian girls. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86(4):269-274.
17. Al-Khulaidi GA, Nakamura K, Seino K, Kizuki M (2013) Decline of Supportive Attitudes among Husbands toward Female Genital Mutilation and Its Association to Those Practices in Yemen. *PLoS ONE* 8(12): e83140. doi:10.1371/journal.pone.0083140.
18. Yasin BA, Al-Tawil NG, Shabila NP, Al-Hadithi TS. Female genital mutilation among Iragqi Kurdish women: a cross-sectional study from Erbil city. *BMC Public Health*, 13 (809) : 1–8.
19. UNFPA. *Women's Economic Empowerment: Meeting the Needs of Impoverished Women*. New York,UNFPA. 2007.
20. Badan Litbangkes. *Laporan RISKEDAS 2013 Dalam Angka*. Kementerian Kesehatan RI: Jakarta. 2013.