

# ANALISIS PENGEMBANGAN KEBIJAKAN KELUARGA BERENCANA DI JAWA TIMUR, BALI DAN KALIMANTAN TENGAH

Made Asri Budisuari<sup>1</sup> dan Tety Rachmawati<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Background:** The family of plan program were represent one of the effort protection problem of society where The family of plan program also is shares the inwrought in national development program and aim to to have a share to create economic prosperity, spiritual and cultural social resident of Indonesia, that the reachable good balance which ably the national produce. The national family of plan program in this time, just one from effort family of plan, namely the pregnancy separation with [gift/giving] intrauterine contraception device. The SDKI data 2002–2003 depict that 57% woman of status marry in this time hence contraception way of KB modern, 4% in traditional. Percentage of woman hence contraception storey; level from 50% in year 1991 become 57% in year 1997. Intrauterine device of which at most wear is injection 28%, pill 13%, intrauterine device the Gracious 6%. According to SDKI 1997 proportion drop out participant family of plan discontinuation rate) is 24% reason of stop is 10% because side effects/reason of health, 6% because wish the pregnancy again, 3% because failure Intention of analysis. **Methods:** this analysis to descriptive of 1) to know the execution of service The family of plan program in storey; level sub-province/town era decentralization with the possibility the happening of change of organization chart according to PP 8 year 2003, 2) to know influence of change organization chart BKKBN to service The family of plan program in storey; level province and sub-province. 3) to know the role and function stakeholder in execution policy of service The family of plan program method of research: represent the research eksploratif, which execute [at] 3 province: East Java, bali and Kalimantan Middle. **Results:** Result of research is execution and influence of service. The family of plan program in storey; level sub-province/town in province East Java, bali and kalimantan Middle, [at] era decentralization with the happening of change organization chart according to PP 8 year 2003, the policy family of plan which formerly is from center BKKBN, now policy the change depended from area sub-province/town) each. Matter this visible from result research concerning analysis the policy family of plan year 2006, where [among/between] one sub-province/town of which one the other different the conclusion: the importance of analysis policy family of plan which more circumstantial for the policy to be the family of plan ambulatory better and can gave contribution at degradation mortality of mother and baby, especially for pregnancy undesirable. **Suggestion:** the provider of center of primary health require to trained to improve ability in communication, information and Education and also give the information, the acceptor candidate such as have to do by the field officer family of plan, require to careful the policy family of plan [whether/what] still need BKB sub-province/town) or family of plan program deliver to Ministry of Health and center of primary health (puskesmas), but, the center of primary health have to ready either through communication, Information, Education. (KIE), even human resources [so that/to be] apat range of acceptor and candidate of acceptor [so that/to be] can followed the family of plan program according to each requirement.

**Key words:** policy, the family of plan, decentralization

## ABSTRAK

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu usaha penanggulangan masalah kependudukan di mana KB juga adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan Nasional dan bertujuan untuk turut serta menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia, agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional. Program Keluarga Berencana Nasional saat ini baru dilakukan salah satu saja dari usaha keluarga berencana, yakni penjarangan kehamilan dengan pemberian alat kontrasepsi. Data SDKI 2002–2003 menggambarkan bahwa 57% wanita berstatus kawin saat ini memakai kontrasepsi cara KB modern, 4% secara tradisional. Persentase wanita memakai kontrasepsi meningkat dari 50% di tahun 1991 menjadi 57% di tahun 1997. Alat kontrasepsi yang paling banyak dipakai adalah suntikan 28%, pil 13%, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) 6%. Menurut

---

<sup>1</sup> Peneliti Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan Jl. Indrapura 17 Surabaya  
Korespondensi: madeasri@yahoo.com

*SDKI 1997 proporsi drop out peserta KB (discontinuation rate) adalah 24%. Alasan penghentian adalah 10% karena efek samping/alasan kesehatan, 6% karena ingin hamil lagi, 3% karena kegagalan. Metode analisis Kebijakan KB adalah untuk menggambarkan: 1) Mengetahui pelaksanaan pelayanan KB di tingkat Kabupaten/Kota era desentralisasi dengan kemungkinan terjadinya perubahan struktur organisasi sesuai PP 8 tahun 2003, 2) Mengetahui pengaruh perubahan struktur organisasi BKKBN terhadap pelayanan KB di tingkat Provinsi dan Kabupaten. 3) Mengetahui peran dan fungsi stakeholder dalam pelaksanaan kebijakan pelayanan KB. Metode penelitian: merupakan penelitian eksploratif, yang dilaksanakan pada 3 Provinsi: Jawa Timur, Bali dan Kalimantan Tengah. Hasil penelitian adalah diketahuinya pelaksanaan dan pengaruh pelayanan KB di tingkat Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur, Bali dan Kalimantan Tengah, pada era desentralisasi. Dengan terjadinya perubahan struktur organisasi sesuai PP 8 tahun 2003 maka Kebijakan KB yang dulunya adalah dari pusat (BKKBN), maka sekarang kebijakan tersebut berubah tergantung dari daerah (kabupaten/kota) masing-masing. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian tentang analisis kebijakan KB tahun 2006, di mana antara satu kabupaten/kota yang satu dengan yang lain berbeda. Kesimpulan: perlunya analisis kebijakan KB yang lebih mendalam untuk menentukan kebijakan agar KB dapat berjalan dengan baik dan dapat memberikan kontribusi pada penurunan angka kematian ibu dan bayi, terutama bagi Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD). Saran: Petugas puskesmas perlu dilatih untuk meningkatkan kemampuannya dalam KIE serta memberikan informasi, menarik calon akseptor seperti yang pernah dilakukan oleh PLKB, perlu dicermati kebijakan KB apakah masih diperlukan BKB (dikabupaten/kota) atau program KB diserahkan kepada DEPKES (puskesmas), dengan catatan puskesmas harus siap baik secara materi (KIE), maupun SDM agar dapat menjangkau akseptor dan calon akseptor agar dapat mengikuti program KB sesuai kebutuhan masing-masing.*

**Kata kunci:** kebijakan, KB, desentralisasi

---

## PENDAHULUAN

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu usaha penanggulangan masalah kependudukan. Program Keluarga Berencana adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan Nasional dan bertujuan untuk turut serta menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia, agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional. Dengan Program Keluarga Berencana Nasional saat ini baru dilakukan salah satu saja dari usaha keluarga berencana, yakni penjarangan kehamilan dengan pemberian alat kontrasepsi. Peran Keluarga Berencana (KB) sangat penting, hal ini bukan saja dilihat dari segi bahwa KB dapat menekan laju peningkatan penduduk, tetapi KB juga berperan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Perkembangan laju peningkatan penduduk di Indonesia dewasa ini kurang menggembirakan. Demikian pula halnya di masa yang akan datang. Tanpa adanya usaha-usaha pencegahan perkembangan laju peningkatan penduduk yang pesat, usaha-usaha di bidang pembangunan ekonomi dan sosial yang telah dilaksanakan dengan maksimal akan tidak bermanfaat.

Data SDKI 2002–2003 menggambarkan bahwa 57% wanita berstatus kawin saat ini memakai kontrasepsi cara KB modern dan 4% memakai cara

tradisional. Persentase wanita memakai kontrasepsi telah meningkat dari 50% di tahun 1991 dan dari 57% di tahun 1997. Alat kontrasepsi yang paling banyak dipakai adalah suntikan (28%), pil (13%) dan IUD atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) sebanyak 6% menurut SDKI 1997 proporsi drop out peserta KB (discontinuation rate) adalah 24%. Alasan penghentian antara lain adalah 10% karena efek samping/alasan kesehatan, 6% karena ingin hamil lagi, dan 3% karena kegagalan.

Sementara itu, kebijakan Desentralisasi di Indonesia (merupakan pengalihan kewenangan pemerintah pusat kepada pemerintah yang lebih rendah seperti Provinsi atau kabupaten/kota) yang menyentuh bidang kesehatan dan telah dilaksanakan sejak tahun 2001, berdampak juga terhadap kelangsungan pelayanan KB. Sebelum era desentralisasi, pelayanan KB dikelola BKKBN dari pusat sampai ke daerah. Pemberian kewenangan untuk mengatur sendiri pelaksanaan kegiatan di berbagai sektor pemerintahan baik Provinsi maupun kabupaten/kota telah melahirkan berbagai kebijakan yang berbeda satu daerah dengan lainnya. Salah satunya adalah penetapan lembaga kedinasan sesuai PP 8 tahun 2003 di Kabupaten/Kota yang mengakibatkan berbagai variasi pada kelembagaan Badan Koordinasi Keluarga Berencana.

Dengan adanya perubahan struktur organisasi sesuai PP 8 tahun 2003, maka akses informasi

keluarga berencana (KB) yang diterima oleh pasangan usia subur (PUS), dan remaja terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan kurang menyentuh masalah 4 terlalu. Sehingga perlu peningkatan kecermatan Kebijakan Keluarga Berencana, agar akses informasi keluarga berencana (KB) yang diterima oleh pasangan usia subur (PUS), dan Remaja terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan menyentuh masalah 4 terlalu dan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi, pada akhirnya juga dapat menekan laju pertumbuhan penduduk di Indonesia.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002–2003 menunjukkan angka kematian ibu 307/100.000 dengan perkiraan 2 orang ibu meninggal setiap jam waktu melahirkan. Data SDKI 2002–2003 menunjukkan adanya 4 terlalu, yaitu 37% terlalu banyak melahirkan (> 3 anak), 13,9% terlalu tua punya anak (> 35 tahun), 9,4% terlalu rapat jarak melahirkan ( $\leq$  2 tahun) dan 0,3% terlalu muda punya anak (< 20 tahun). Apabila program KB berhasil diperkirakan dapat memberikan kontribusi penurunan AKI sebesar 20%.

Tujuan penelitian ini adalah: 1) Mengetahui pelaksanaan pelayanan KB di tingkat Kabupaten/Kota era desentralisasi dengan kemungkinan terjadinya perubahan struktur organisasi sesuai PP 8 tahun 2003. 2) Mengetahui pengaruh perubahan struktur organisasi BKKBN terhadap pelayanan KB di tingkat Provinsi dan Kabupaten. 3) Mengetahui peran dan fungsi stakeholder dalam pelaksanaan kebijakan pelayanan KB.

## METODE

Penelitian merupakan penelitian eksploratif, yang dilaksanakan pada 3 daerah, Provinsi Jawa Timur (Jatim), Bali dan Kalimantan Tengah (Kalteng), dengan waktu pelaksanaan 10 bulan. Alasan pemilihan 3 Provinsi tersebut di atas adalah berdasarkan tinggi rendahnya akseptor KB aktif. Masing-masing provinsi dipilih 2 (dua kabupaten/kota, dari tiap kabupaten/kota dipilih masing-masing 2 Puskesmas, kecuali di Provinsi Kalimantan Tengah dipilih 1 puskesmas kota Palangkaraya, serta 2 puskesmas kabupaten yang ada di pinggiran, dan satu puskesmas yang terletak di kota Kabupaten, secara purposif. Total Puskesmas adalah 12 dan

1 (satu) Rumah Sakit Umum Daerah untuk tiap kabupaten/kota. Total Rumah Sakit adalah 6.

## HASIL

Di Provinsi Jatim, akseptor KB aktif cukup tinggi dengan angka kematian ibu rendah, Provinsi Bali akseptor KB aktif rendah dan angka kematian ibu juga rendah. Provinsi Kalteng, akseptor KB aktif tinggi dan angka kematian ibu tinggi.

**Tabel 1.** Akseptor KB aktif WUS usia 15–49 tahun pada 3 provinsi di Jawa timur, Bali, dan Kalimantan Tengah

Provinsi	Akseptor KB			
	aktif (WUS 15–49 tahun)	Jumlah anak lahir hidup	AKB	AKI
Jatim	53,98	2,08	43	168
Bali	37,24	2,28	14	168
Kalteng	62,90	3,10	40	786

Sumber data: SKRT 2001 dan SDKI 2002–2003

Pada tabel di atas ini dapat diketahui pelaksanaan dan pengaruh pelayanan KB di tingkat Kabupaten/Kota era desentralisasi dengan terjadinya perubahan struktur organisasi sesuai PP 8 tahun 2003.

Pengaruh Stakeholder terhadap kebijakan pelayanan KB di tingkat Kabupaten/Kota era desentralisasi dengan terjadinya perubahan struktur organisasi sesuai PP 8 tahun 2003 dapat dilihat pada tabel di atas ini.

Dari analisis Stakeholder Influence dan Stakeholder Importance dapat diketahui Stakeholder yang termasuk dalam Stakeholder KUNCI, semakin tinggi angka tersebut, maka semakin penting peran dari stakeholder kunci. Angka yang diberikan pada stakeholder merupakan hasil NGT (Nominal Group Discussion) dari setiap peserta FGD. Dari tabel di atas dapat di analisis bahwa stakeholder yang paling berpengaruh dalam kebijakan Keluarga berencana adalah DepKes, dan BKKBN, di mana keduanya memiliki tingkat pengaruh (influence) yang sama, kepentingan yang sama, serta tingkat risiko yang sama dalam kebijakan Keluarga Berencana.

Peran dan fungsi stakeholder dalam pelaksanaan kebijakan pelayanan KB dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 2.** Perubahan struktur organisasi dan kegiatan BKKBN tingkat kabupaten di era Desentralisasi di Jawa Timur, tahun 2006

No	Materi	BKKBN	Dinas Kesehatan
1.	Struktur organisasi setelah era desentralisasi	Di Provinsi: masih Vertikal Badan KB dengan Pusat. Di Kabupaten: Trenggalek dan Kabupaten Malang bergabung Dukcapil	
	Penanggung jawab program pelaksanaan KIE tentang KB	Di Provinsi maupun Kabupaten: Kasie KB	Di Provinsi: Kasie Kespro Di Kabupaten Trenggalek: Kasie KIA/KB Bid Kesga Di Kabupaten Malang: Kasie KB di Bid Yankes
2.	Program-program KIE yang telah dilaksanakan	Karena hanya bidang KB maka program KIE diserahkan ke bidan Puskesmas Walaupun masih ada PLKB tapi jumlahnya terbatas	KIE tentang KB di Puskesmas: oleh Bidan Puskesmas/Pustu, Polindes. Materi Lembar Balik (Star H) dengan menyampaikan Manfaat dan efek samping alkon setiap datang di puskesmas
3.	Alat kontrasepsi - Penyediaan - Distribusi	Dari BKKBN pusat. Alkon disampaikan ke BKKBN Prop. Kemudian Alkon disampaikan ke masing-masing kabupaten/kota berdasarkan permintaan dari masing-masing Puskesmas yang direkap oleh Dinas Capil kemudian disampaikan ke BKKBN Provinsi	Alkon Gakin oleh Dukcapil (BKKB) Alkon disampaikan ke Puskesmas tanpa pernah melibatkan Puskesmas untuk mengetahui berapa kebutuhan sebenarnya. Aturannya harus melalui satu pintu yaitu setelah dihitung, masuk gudang farmasi Puskesmas kemudian faktur ditandatangani Kepala Puskesmas sesuai jumlah yang diterima. Untuk non Gakin: disediakan Puskesmas, sebagai akseptor mandiri pada tahun 2007 Dinkes Prop telah mengajukan untuk menyediakan, dengan dana APBD
4.	Program Diklat untuk petugas kesehatan	Ada	Dari Provinsi tidak ada. Di Kabupaten Trenggalek ada, dan di Kabupaten Malang akan dilaksanakan.
5.	Posisi petugas lapangan - Pembinaan - Keberadaan di tingkat kabupaten - Sistem penggajiannya - Rekrutmen baru	Posisi PLKB di Kecamatan/Kelurahan Di tingkat <i>Provinsi</i> : pembinaan dan penggajian oleh BKKBN. Rekrutmen tenaga masih tapi sangat terbatas. Di tingkat <i>Kabupaten</i> : pembinaan dan penggajian oleh Dinas Dukcapil, Tidak ada rekrutmen tenaga baru	
6.	Penempatan tenaga setelah desentralisasi	Di tingkat prop tidak ada perubahan Di tingkat kabupaten terjadi penciutan tenaga struktural Kegiatan makin banyak, tapi tenaga di kurangi. Tunjangan struktural yang dulu ada sekarang tidak ada.	

No	Materi	BKKBN	Dinas Kesehatan
7.	Kendala dan hambatan apa yang dirasakan dan dialami sesudah desentralisasi	Kurangnya dana untuk: pembinaan PLKB, uang bantuan operasional untuk PPKBD, dan Sub PPKBD	Pengadaan alkon untuk non Gakin dapat dialokasikan dari APBD, dengan harga yang cukup terjangkau Alkon diberikan ke Puskesmas tanpa melibatkan Puskesmas, sehingga tidak tahu kebutuhan riil.
8.	Kecenderungan jumlah akseptor pada 5 tahun terakhir	Jumlahnya akseptor menurun, terutama jenis IUD, MOW. Untuk KB Pria masih tetap rendah	Stabil, karena yang diperhitungkan tidak hanya pemakai Alkon modern, tapi juga MLA, dan KBA
9.	Koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antarsektor	Masih berjalan seperti biasa	Masih berjalan seperti biasa
10.	Kegiatan KB terpadu dengan PKK, Organisasi profesi, TNI-ABRI-Polisi, dan lain-lain.	Masih berjalan walaupun sudah jarang	Masih berjalan walaupun sudah jarang
11.	Slogan-slogan NKKBS, Dua Anak Cukup masih disebarluaskan	Sudah diganti dengan Keluarga Berkualitas	Sudah diganti dengan Keluarga Berkualitas

Sumber data: Depth Interview di BKKBN dan Dinas Kesehatan Provinsi di Kabupaten Trenggalek dan Kabupaten Malang, Provinsi Jawa Timur, 2006

**Tabel 3.** Perubahan struktur organisasi dan kegiatan BKKBN tingkat kabupaten di era Desentralisasi di Provinsi Kalimantan Tengah, tahun 2006

No	Materi	BKKBN	Dinas Kesehatan
1.	Struktur organisasi setelah era desentralisasi	Di Provinsi: Vertikal Badan KB dengan Pusat. Di Kabupaten Kuala Kapuas: sudah mandiri berupa BKB Di Kota Palangkaraya: bergabung Dukcapil	
	Penanggungjawab program pelaksanaan KIE tentang KB	Di Provinsi maupun Kabupaten: Kasie KB	Di Provinsi: Kasie KB Bidang Yankes Di Kota Palangkaraya dan di Kabupaten Kuala Kapuas: Kasie KIA/KB dan di Bid Yankes
2.	Program-program KIE yang telah dilaksanakan	Karena hanya bidang KB maka program KIE diserahkan ke bidan Puskesmas. Walaupun masih ada PLKB tapi jumlahnya terbatas	KIE tentang KB di Puskesmas: Bidan Puskesmas/Pustu, Polindes. Materi dengan menyampaikan Manfaat dan efek samping alkon setiap datang di puskesmas
3.	Alat kontrasepsi - Penyediaan - Distribusi	Dari BKKBN pusat. Alkon disampaikan ke BKKBN Prop. Kemudian Alkon disampaikan ke masing-masing kabupaten/kota berdasarkan permintaan dari masing-masing Puskesmas yang direkap oleh Dinas Capil kemudian disampaikan ke BKKBN Prop	Alkon Gakin oleh Dukcapil (BKKBN) Alkon disampaikan ke Puskesmas tanpa pernah melibatkan Puskesmas untuk mengetahui berapa kebutuhan sebenarnya. Aturannya harus melalui satu pintu yaitu setelah dihitung, masuk gudang farmasi Puskesmas kemudian faktur ditandatangani Kepala Puskesmas sesuai jumlah yang diterima. Untuk non-Gakin disediakan Puskesmas, sebagai akseptor mandiri. Untuk non-Gakin pada tahun 2007 Dinkes Prop telah mengajukan untuk menyediakan dengan dana swadana

No	Materi	BKKBN	Dinas Kesehatan
4.	Program Diklat untuk petugas kesehatan	Ada	
5.	Posisi petugas lapangan - Pembinaan - Keberadaan di tingkat kabupaten - Sistem penggajiannya - Rekrutmen baru	Posisi PLKB di Kecamatan/Kelurahan Di tingkat Provinsi pembinaan dan penggajian oleh BKKBN Rekrutmen: masih tapi sangat terbatas. Sedangkan di tingkat Kabupaten: Pembinaan dan penggajian oleh Dinas Dukcapil juga Tidak ada rekrutmen tenaga baru	
6.	Penempatan tenaga setelah desentralisasi	Di tingkat prop. tidak ada perubahan Di tingkat kabupaten: terjadi penciutan tenaga struktural Kegiatan makin banyak tapi tenaganya dikurangi. Tunjangan struktural yang dulu ada, sekarang tidak ada.	
7.	Kendala dan hambatan apa yang dirasakan dan dialami sesudah desentralisasi	Kurangnya dana untuk pembinaan PLKB, dan uang bantuan operasional untuk PPKBD, dan Sub PPKBD	Pengadaan alkon untuk non Gakin swadana oleh Puskesmas
8.		Kecenderungan jumlah akseptor 5 tahun terakhir jumlahnya menurun, terutama jenis IUD, MOW. Untuk KB Pria masih rendah	Kecenderungan jumlah akseptor 5 tahun terakhir jumlahnya menurun, terutama jenis IUD, MOW. Untuk KB Pria masih rendah
9.		Masih berjalan seperti biasa	Masih berjalan seperti biasa
10.		Masih berjalan walaupun sudah jarang	Masih berjalan walaupun sudah jarang
11.		Sudah diganti dengan Keluarga Berkualitas	Sudah diganti dengan Keluarga Berkualitas

Sumber data: Hasil Depth Interview BKKBN dan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten di Kota Palangkaraya dan Kabupaten Kuala Kapuas, Provinsi Kalimantan Tengah, 2006

**Tabel 4.** Perubahan struktur organisasi dan kegiatan BKKBN tingkat kabupaten di era Desentralisasi di Provinsi Bali, tahun 2006

No	Materi	BKKBN	Dinas Kesehatan
1.	Struktur organisasi setelah era desentralisasi  Penanggung jawab program pelaksanaan KIE tentang KB	Di Provinsi masih Vertikal Badan KB dengan Pusat. Di Kabupaten Klungkung sudah mandiri (BKB) di Kabupaten Buleleng bergabung: Dukcapil  Di Provinsi maupun Kabupaten: Kasie KB	Di Provinsi: Kasie Kespro Kabupaten Klungkung: Kasie KIA/KB Bid Kesga Kabupaten Buleleng: Kasie KB Bid Yankes
2.	Program-program KIE yang telah dilaksanakan	Kab Klungkung: berupa Badan KB, maka program KIE dilapangan oleh PLKB, namun masih minta bantuan bidan Puskesmas. Kab Buleleng: Karena hanya bidang KB program KIE diserahkan ke bidan Puskesmas masih ada PLKB tapi jumlahnya terbatas	KIE tentang KB di Puskesmas: Bidan Puskesmas/Pustu, Polindes. Materi Lembar Balik (Star H) dengan menyampaikan Manfaat dan efek samping alkon setiap datang di puskesmas

No	Materi	BKKBN	Dinas Kesehatan
3.	Alat kontrasepsi - Penyediaan - Distribusi	Dari BKKBN pusat. Alkon disampaikan ke BKKBN Prop. Kemudian Alkon disampaikan ke masing-masing kabupaten/kota berdasarkan permintaan dari masing-masing Puskesmas yang direkap oleh Dinas Capil, dan Badan KB kemudian disampaikan ke BKKBN Prop.	Alkon Gakin oleh Dukcapil (BKKB) Alkon disampaikan ke Puskesmas tanpa pernah melibatkan Puskesmas untuk mengetahui berapa kebutuhan sebenarnya. Aturannya harus melalui satu pintu yaitu setelah dihitung, masuk gudang farmasi Puskesmas kemudian faktur ditanda tangani Kepala Puskesmas sesuai jumlah yang diterima. Untuk non Gakin disediakan Puskesmas, akseptor mandiri.
4.	Program Diklat untuk petugas kesehatan	Ada	Baik dari Provinsi, Kabupaten Klungkung, dan Kabupaten Buleleng: tidak ada.
5.	Posisi petugas lapangan - Pembinaan - Keberadaan di tingkat kabupaten - Sistem penggajiannya - Rekrutmen baru	Posisi PLKB di Kecamatan/Kelurahan Di tingkat Provinsi: pembinaan dan penggajian oleh BKKBN Rekrutmen: ada, tapi sangat terbatas. Kab. Buleleng: pembinaan dan penggajian oleh Dinas Dukcapil, Tidak ada rekrutmen tenaga baru. Di Kab. Klungkung: ada rekrutment tenaga PLKB tapi tidak sesuai permintaan	
6.	Penempatan tenaga setelah desentralisasi	Di tingkat Provinsi: tidak ada perubahan Di tingkat kabupaten: penciptaan tenaga struktural Kegiatan makin banyak tapi tenaga di kurangi. Tunjangan struktural: dulu ada sekarang tidak ada	
7.	Kendala dan hambatan yang dirasakan dan dialami sesudah desentralisasi	Kurangnya dana untuk pembinaan PLKB, dan uang bantuan operasional untuk PPKBD, dan Sub PPKBD	Ada pemikiran Pengadaan alkon untuk non-Gakin dapat disediakan di Puskesmas dialokasikan dari APBD, dengan harga yang cukup terjangkau
8.	Kecenderungan jumlah akseptor pada 5 tahun terakhir	Kecenderungan jumlah akseptor 5 tahun terakhir jumlahnya menurun, terutama jenis IUD, MOW. Untuk KB Pria masih rendah	Kecenderungan menurun, karena banyak akseptor yang pindah ke Bidan Praktik Swasta, karena lebih dekat dengan tempat tinggal, dan harganya terjangkau
9.	Koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antarsektor	Masih berjalan seperti biasa	Masih berjalan seperti biasa
10.	Kegiatan KB terpadu dengan PKK, Organisasi profesi, TNI-ABRI-Polisi, dan lain-lain.	Masih berjalan walaupun sudah jarang	Masih berjalan walaupun sudah jarang
11.	Slogan-slogan NKKBS, Dua Anak Cukup masih disebarluaskan	Sudah diganti dengan Keluarga Berkualitas	Sudah diganti dengan Keluarga Berkualitas

Sumber data: Hasil Depth Interview di BKKB dan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten, di Kabupaten Klungkung dan Kabupaten Buleleng, Provinsi Bali, 2006

**Tabel 5.** Analisis Stakeholder Influence dan Stakeholder Importance Indonesia

Stake Holder	Interest	Influence	Importance	Degree of risk
DepKes	Memiliki kepentingan yang kuat, kelompok yang kohesif	5	5	++
Depdagri	Tidak memiliki kepentingan yang kuat, bukan kelompok yang kohesif	5	3	0
DepKeu	Tidak memiliki kepentingan yang kuat, bukan kelompok yang kohesif	5	2	--
BKKBN	Memiliki kepentingan yang kuat, berperan dalam pengambilan keputusan kebijakan	5	5	++
DPRD	Tidak memiliki kepentingan yang kuat, berperan dalam pengambilan keputusan kebijakan	4	2	-
DinKes Prov	Memiliki kepentingan yang kuat, kelompok yang kohesif	3	4	+
Bupati	Tidak memiliki kepentingan yang kuat, berperan dalam pengambilan keputusan kebijakan	4	2	0
DinKes Kota/ Kabupaten	Memiliki kepentingan yang kuat, berperan dalam pengambilan kebijakan	5	4	+
Tenaga Kesehatan	Memiliki kepentingan yang kuat, tidak berperan dalam pengambilan kebijakan, berperan sebagai tenaga pelaksana	1	3	+

**Tabel 6.** Analisis Tugas dan Fungsi Stakeholder di Indonesia dalam Kebijakan Keluarga Berencana

1. DepKes			
	Memberikan Informasi	Konsultasi	Partnership
Perencanaan	✓	✓	✓
Implementasi			
Monev	✓	✓	✓
2. Departemen dalam negeri, Departemen Keuangan dan DPRD			
Perencanaan		✓	
Implementasi			
Monev		✓	
3. BKKBN			
Perencanaan	✓	✓	✓
Implementasi	✓	✓	✓
Monev	✓	✓	✓
4. DinKes Prov			
Perencanaan	✓	✓	✓
Implementasi			
Monev	✓	✓	✓
5. Bupati			
Perencanaan		✓	
Implementasi			
Monev			
6. DinKes Kota/Kab			
Perencanaan	✓	✓	✓
Implementasi			
Monev	✓	✓	✓
7. Tenaga Kesehatan			
Perencanaan	✓		✓
Implementasi	✓		✓
Monev	✓		✓



Dari tabel di atas dapat diketahui keterlibatan/keterkaitan dari masing-masing stakeholder dalam melaksanakan tugas dan fungsinya terhadap pelaksanaan kebijakan Keluarga Berencana

Departemen Kesehatan mempunyai fungsi sebagai perencanaan dan moneyv, tetapi tidak secara langsung menjalankan fungsi implementasi, tetapi BKKBN dan tenaga kesehatan, misalnya dokter dan bidan di puskesmas/puskesmas pembantu. mempunyai ketiga fungsi tersebut yaitu fungsi perencanaan, implementasi dan monitoring dan evaluasi (moneyv).

### **IMPLEMENTASI KEBIJAKAN DALAM BENTUK PERDA**

Pembukaan UUD 1945 alinea 4 mengamanatkan bahwa tujuan bangsa Indonesia adalah untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Selanjutnya amandemen UUD 1945 pasal 28 H menyatakan bahwa setiap warga Negara berhak mendapat pelayanan kesehatan yang optimal telah menciptakan peluang kepada pemerintah dan masyarakat dalam mempercepat upaya pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan telah dikembangkan Sistem Kesehatan Nasional yaitu suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum.

Program Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha penanggulangan masalah kependudukan. Program Keluarga Berencana adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan Nasional dan bertujuan untuk turut serta menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia, agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional. Dengan Program Keluarga Berencana Nasional saat ini baru dilakukan salah satu saja dari usaha keluarga berencana, yakni penjarangan kehamilan dengan pemberian alat kontrasepsi.

Namun sejak Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development, ICPD), di Kairo, Mesir, pada tahun 1994. Hal penting dalam

konferensi tersebut adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi.

Dengan demikian pengendalian kependudukan telah bergeser ke arah yang lebih luas, yang meliputi pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi bagi laki-laki dan perempuan sepanjang siklus hidup, termasuk hak-hak reproduksinya, kesetaraan dan keadilan gender, pemberdayaan perempuan dan penanggulangan kekerasan berbasis gender, serta tanggung jawab laki-laki dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi.

Paradigma baru ini berpengaruh besar antara lain terhadap hak dan peran perempuan sebagai subjek dalam ber-KB. Perubahan pendekatan juga terjadi dalam penanganan kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS, serta kesehatan reproduksi usia lanjut. Dengan paradigma baru ini diharapkan kestabilan pertumbuhan penduduk akan dapat dicapai dengan lebih baik.

### **SEJARAH KELUARGA BERENCANA**

Keluarga berencana pada awalnya dibentuk oleh Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dalam tahun 1957. Mula-mula Departemen Kesehatan merupakan penunjang bagi kegiatan-kegiatan PKBI, dengan menyediakan BKIA-BKIA serta tenaga kesehatan sebagai sarana pelayanan keluarga berencana.

Pada tahun 1967, Presiden Soeharto turut serta menandatangani Deklarasi Kependudukan Dunia, bersama dengan pemimpin-pemimpin dunia lainnya. Sejak saat itu Program Keluarga Berencana di Indonesia mulai memasuki tahap yang lebih maju, perhatian mulai dicurahkan pada masalah kependudukan. Untuk mengelola Program Keluarga Berencana, tahun 1968 dibentuk Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN), Lembaga tersebut dibubarkan oleh pemerintah pada tahun 1970. Kemudian dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), yaitu suatu badan pemerintah nondepartemental yang bertugas mengkoordinasikan segala kegiatan yang menyangkut

pelaksanaan Program Keluarga Berencana secara Nasional. Pada Tahun 1979 seluruh Indonesia sudah dapat dicakup dalam Program Keluarga Berencana Nasional.

## **KELUARGA BERENCANA DI LINGKUNGAN DEPARTEMEN KESEHATAN**

Pada awalnya Departemen Kesehatan hanya menyediakan BKIA-BKIA serta tenaga-tenaganya, selanjutnya Keluarga Berencana merupakan prioritas pertama dalam program kesehatan. Peranan Departemen Kesehatan menjurus ke arah hal-hal yang lebih tegas. Hal ini dinyatakan dengan pembentukan Badan Kerja Keluarga Berencana sebagai bagian dari Badan Kerja Pembangunan Kesehatan Nasional, melalui Surat Keputusan Menkes No. 276/kab/BVII/69. Kepres No. 8/1970 tentang pembentukan BKKBN menempatkan Departemen Kesehatan pada kedudukan sebagai pembantu PKBI, tetapi tahun 1968 hal ini berubah. Rakernas III telah menetapkan salah satu Unit Pelaksana Program Keluarga Berencana Nasional. Dengan adanya Keppres 44 dan 45/1974 dan dibentuknya Direktorat Pelayanan Medis Keluarga Berencana, maka pelaksanaan Program Keluarga Berencana di Departemen Kesehatan kian meningkat. Dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan keluarga melalui usaha-usaha penjarangan kelahiran, Departemen Kesehatan memadukan segenap usaha Keluarga Berencana ke dalam usaha-usaha kesehatan umumnya.

Program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia termasuk yang dianggap berhasil di tingkat Internasional. Hal ini terlihat dari kontribusinya terhadap penurunan pertumbuhan penduduk, sebagai akibat dari penurunan angka kesuburan total/Total Fertility Rate (TFR). Menurut SDKI, TFR pada kurun waktu 1967–1970 menurun dari 5,6 menjadi 2,8 (hampir setengahnya) dalam kurun waktu 25 tahun, yaitu pada periode 1995–1997.

Besarnya proporsi peserta KB yang menggunakan suntikan dan pil KB pada masyarakat yang tingkat sosioekonominya belum memadai memberikan risiko drop out peserta KB yang cukup berarti. Proporsi drop out peserta KB (discontinuation rate) menurut SDKI 1997 adalah 24%. Alasan penghentian antara lain adalah 10% karena efek samping/alasan kesehatan, 6% karena ingin hamil lagi, dan 3% karena kegagalan.

Sejak ICPD di Kairo Mesir 1994, sebagai komponen Kesehatan Reproduksi, pelayanan Keluarga Berencana (KB) diarahkan untuk menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi. Pelayanan KB bertujuan menunda, menjarangkan, atau membatasi kehamilan bila jumlah anak sudah cukup. Kehamilan yang diinginkan dan berlangsung pada keadaan dan saat yang tepat, akan lebih menjamin keselamatan ibu dan bayi yang dikandungnya. Dengan demikian pelayanan KB sangat berguna dalam pengaturan kehamilan dan pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) atau tidak tepat waktu.

Beberapa hal penting yang perlu diperhatikan sebagai berikut.

1. Prioritas pelayanan KB diberikan terutama kepada pasangan Usia Subur yang istrinya mempunyai keadaan “4 Terlalu” yaitu terlalu muda (usia kurang dari 20 tahun), terlalu banyak anak (lebih dari 3 orang), terlalu dekat jarak kehamilan (kurang dari 2 tahun), dan terlalu tua (lebih dari 35 tahun).
2. Tanggung Jawab dalam kesertaan ber-KB merupakan tanggung jawab bersama antara suami dan istri. Sayangnya, pada saat ini hanya 1,1% suami yang berpartisipasi aktif dalam ber-KB, padahal tersedia juga alat/metode kontrasepsi untuk pria.
3. Setiap metode kontrasepsi mempunyai keuntungan dan kelemahan masing-masing. Setiap klien berhak untuk mendapat informasi mengenai hal ini, sehingga dapat mempertimbangkan metoda yang paling cocok bagi dirinya.
4. Pelaksana pelayanan KB wajib memberikan nasihat tentang metoda yang paling cocok sesuai dengan hasil pemeriksaan fisik sebelum pelayanan KB diberikan kepada klien. Dengan demikian, klien akan lebih mudah menentukan pilihannya.
5. Klien juga harus diberi informasi tentang kontraindikasi pemakaian berbagai metoda kontrasepsi. Pelaksana pelayanan KB perlu melakukan skrining atau penyaringan melalui pemeriksaan fisik terhadap klien untuk memastikan bahwa tidak terdapat kontraindikasi dalam pemakaian metoda kontrasepsi yang akan dipilih khusus untuk tindakan operatif diperlukan surat pernyataan setuju (informed consent) dari klien.

Di era desentralisasi, penetapan lembaga kedinasan sesuai PP 8 tahun 2003 di Kabupaten/ Kota yang mengakibatkan berbagai variasi pada

kelembagaan Badan Koordinasi Keluarga Berencana. Sebagai contoh di Kabupaten Sidoarjo, BKKBN merupakan Lembaga Teknis di lingkungan Pemerintah Kabupaten sebagai unsur penunjang dan program KB merupakan kegiatan Badan Keluarga Berencana, Pemberdayaan Masyarakat, dan Perempuan. (<http://www.sidoarjo.go.id>).

Perubahan kebijakan. Kebijakan KB yang dulunya adalah dari pusat (BKKBN), maka sekarang kebijakan tersebut berubah tergantung dari daerah (kabupaten/kota) masing-masing. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian tentang analisis kebijakan KB tahun 2006, di mana antara satu kabupaten/kota yang satu dengan yang lain berbeda. Di Provinsi Jawa Timur: masih Vertikal Badan KB dengan Pusat. Di Kabupaten: Trenggalek dan Kabupaten Malang bergabung Dukcapil. Di Provinsi Kalimantan tengah: Vertikal Badan KB dengan Pusat. Di Kabupaten Kuala Kapuas: sudah mandiri berupa BKB. Di Kota Palangkaraya: bergabung Dukcapil. Di Provinsi Bali masih Vertikal Badan KB dengan Pusat. Di Kabupaten Klungkung sudah mandiri (BKB) Di Kabupaten Buleleng bergabung: Dukcapil.

Tidak adanya jalur vertikal yang jelas tentang kebijakan KB tentang siapa yang bertanggung jawab, BKKBN atau DepKes menyebabkan kurangnya koordinasi, baik dari segi penyediaan alat yang kurang sesuai antara kebutuhan alkon oleh Dinkes (puskesmas) dan alkon yang diterima dari BKKBN (BKB) disatu sisi menyebabkan kelebihan jenis alkon yang satu serta kurangnya jenis alkon yang lain. Kemudahan dalam memilih alkon yang kurang sesuai bagi masing-masing kebutuhan juga menyebabkan peserta KB drop out. Informasi KB yang dulunya sampai ke pelosok melalui PLKB, saat ini digantikan perannya oleh para bidan, petugas puskesmas serta pustu. Dari analisis kebijakan KB, saat ini masihkah diperlukan BKKBN atau peran KB diberikan kepada DEPKES mengingat penyediaan pelayanan KB dilakukan oleh tenaga medis/paramedis. Ada manfaat positif dan negatif dari pelaksanaan desentralisasi, tetapi gambaran di atas menunjukkan bahwa pelaksanaan KB yang tadinya tertata dari pusat sampai ke daerah melalui BKKBN menyisakan *unmet need* KB yang belum berubah sejak 1997 sampai 2002–2003. Yang mungkin saja disebabkan akses terhadap informasi dan pelayanan KB yang belum adekuat.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini merupakan salah satu penelitian akselerasi penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Anak (AKA) yang dilakukan Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan (Puslitbang Yantekkes), merupakan problem Kesehatan Reproduksi yang tidak secara langsung dapat menurunkan AKI, dan AKA, namun bila ditelaah lebih lanjut maka dengan memberi informasi KB dan pelayanan yang berkualitas, maka akseptor dan calon akseptor akan memakai kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi kesehatan tubuhnya, dan secara sukarela, dengan demikian akseptor akan tetap memakai kontrasepsi apabila kondisi ekonomi, serta gizinya buruk, akhirnya akan menurunkan kehamilan dengan gizi buruk yang berakibat kematian bayi, dan Ibu melahirkan.

Pelayanan KB dilaksanakan di Puskesmas bekerja sama dengan pihak BKKB di Kabupaten/Kota dalam hal distribusi dan pemanfaatan alkon serta pencarian akseptor di ke-3 Provinsi penelitian. Penyediaan Alkon untuk Gakin oleh BKKB Kabupaten dilaksanakan bekerja sama dengan Puskesmas di ke-3 Provinsi penelitian. Regulasi oleh Dinas Kesehatan dalam hal ini hanya ditemukan di Kabupaten Trenggalek Provinsi Jatim.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas maka disarankan untuk dilakukan kegiatan sebagai berikut:

1. Perlunya analisis kebijakan KB yang lebih mendalam untuk menentukan kebijakan agar KB dapat berjalan dengan baik dan dapat memberikan kontribusi pada penurunan angka kematian ibu dan bayi, terutama bagi Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD)
2. Petugas puskesmas perlu dilatih untuk meningkatkan kemampuannya dalam KIE serta memberikan informasi, menarik calon akseptor seperti yang pernah dilakukan oleh PLKB
3. perlu dicermati kebijakan KB apakah masih diperlukan BKB (dikabupaten/kota) atau program KB diserahkan kepada DEPKES (puskesmas), dengan catatan puskesmas harus siap baik secara metri (KIE), maupun SDM agar dapat menjangkau akseptor dan calon akseptor agar dapat mengikuti program KB sesuai kebutuhan masing-masing.

**DAFTAR PUSTAKA**

Azrul A. Badan Pusat Statistik (BPS) and Marco: Indonesian Demographic and Health Survey 2002–2003 (Calverton Maryland BPS and ORC Macro), 2003.

Cicely M dan Jhon C. The Effect Of Contraception on Obstetric, World Heallth Organization, Geneva 2004.

Draft Rencana Aksi Provinsi (RAP) Komisi Kesehatan Reproduksi Jawa Timur Tahun 2004–2008.

Departemen Kesehatan: Survei data Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2003.

Government of Indonesia-Unicef World Health Organization: Unsafe Abortion, fourth edition, Geneva, 2004.

World Health Organization: World Population Data Sheet, 2003.