### ALIH PERAN PENYEDIAAN DAN PELAYANAN KONTRASEPSI DARI SEKTOR PUBLIK KE SEKTOR PRIVAT DALAM RANGKA PENURUNAN LAJU PERTUMBUHAN PENDUDUK

(Studi Tentang Kemandirian Pelayanan Kontrasepsi dalam Program Keluarga Berencana di Kabupaten Lombok Timur).

### **SKRIPSI**

Diajukan untuk menempuh ujian sarjana pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

Oleh:

MUHAMMAD ATHA IQBAL 0410313083



UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
KONSENTRASI ADMINISTRASI PEMBANGUNAN
2008

# BRAWIJAYA

### PERNYATAAN ORSINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU 20 Tahun 2003, Pasal 25 Ayat 2 dan Pasal 70).

Malang, 13 Juni 2008

Yang Membuat Pernyataan

Muhammad Atha Iqbal

NIM 0410313083

### LEMBAR PENGESAHAN

Judul : Alih Peran Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari sektor Publik ke

Sektor Privat Dalam Program Keluarga Berencana ( Studi Tentang Kemandirian Pelayanan Kontrasepsi di Kabupaten Lombok timur )

Disusun oleh : Muhammad Atha Iqbal

NIM : 0410313083

Fakultas : Ilmu Administrasi Jurusan : Administrasi Publik

Konsentrasi : Administrasi Pembangunan

Malang, Mei 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

Drl Bambang Suprioyono, MS

NIP.131 573 955

Anggota

Dr. Siti Rochmah, Msi

NIP. 131 573 959

Hari : Jum'at
Tanggal : 6 Juni 2008
Jam : 09.00 WIB

Skripsi atas nama: Muhammad Atha Iqbal

Judul : Alih Peran Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari Sektor

Publik ke Sektor Privat Dalam Rangka Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk (Studi Tentang Kemandirian Pelayanan Kontrasepsi dalam Program Keluarga

Berencana di Kabupaten Lombok Timur).

dan dinyatakan lulus

**MAJELIS PENGUJI** 

KETUA

Dr. Bambang Supriyono, MS

NIP. 131 573 955

**ANGGOTA** 

Dr. Siti Rochmah, M.Si

NIP. 131 573 959

**ANGGOTA** 

Prof. Dr. Abd Yuli Andi Gani, MS

NIP. 130 936 634

**ANGGOTA** 

Dr. Sarwono, M.Si NIP. 131 410 386

MIF. 130 930 034



### DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL UNIVERSITAS BRAWIJAYA FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI

(FACULTY OF ADMINISTRATIVE SCIENCE)

JI. Mayjen Haryono No. 163 Malang 65145 Telp. (0341) 551611 Pes. 205 dan (0341) 553737

Fax. (0341) 553737

Program Studi: # S1 Adm Publik # S1 Adm Bisnis # DIII Kesekretaruatan # DIII ariwisata # Magister Ilmu Administrasi Publik & Bisnis dan # S3 Ilmu Adm

### SURAT KETERANGAN REVISI

Yang bertanda tangan di bawah ini, komisi pembimbing dari mahasiswa:

Nama : Muhammad Atha Iqbal

NIM : 0410313083

Konsentrasi : Administrasi Pembangunan

Judul Skripsi : Alih Peran Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari Sektor Publik ke Sektor Privat

dalam Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk (Studi Tentang Kemandirian Pelayanan

Kontrasepsi di Kabupaten Lombok Timur).

Hari/tanggal ujian skripsi : Jum'at, 6 Juni 2008

Telah merevisi skripsinya sesuai saran-saran perbaikan dari majelis penguji.

Demikian surat keterangan ini kami buat agar dapat dipergunakan sebagai mana mestinya.

Malang, 6 Juni 2008

No.	Nama	Pembimbing/Penguji	Vanda tangan
1	Dr. Bambang Supriono, MS	Ketua Komisi pembimbing	An
2	Dr. Siti Rochmah, Msi	Angota Komisi Pembimbing	Al h
3	Prof. Dr. Abd Yuli Andi Gani, MS	Penguji I	A
4	Dr. Sarwono, Msi	Penguji II	5.



### PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK TIMUR KANTOR KELUARGA BERENCANA

Alamat: Jln.Prof.M. Yamin.SH. Telp.0376-21217 Selong 83612

### SURAT KETERANGAN

Nomor: 476/153/KB/2008

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Drs. Muhammad Thuhri

NIP : 380027873

Pangkat/Golongan : Pembina Tk. I (IV/b)

Jabatan : Kepala Kantor KB Lombok Timur

Menerangkan dengan sebenarnya:

N a m a : Muhammad Atha Iqbal

NIM : 0410313083

Jabatan : Mahasiswa FIA Brawijaya Malang Jurusan Administrasi Publik

Benar telah melakukan penelitian Program Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga Sejahtera di Kabupaten Lombok Timur dengan lokasi pada Kantor Keluarga Berencana dan Kecamatan untuk kepentingan penyusunan Skripsi pada bulan Februari/ Maret 2008.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya



3RAWIJAYA

### **ABSTRAKSI**

JUDUL: ALIH PERAN PENYEDIAAN DAN PELAYANAN KONTRASEPSI DARI SEKTOR PUBLIK KE SEKTOR PRIVAT DALAM RANGKA PENURUNAN LAJU PERTUMBUHAN PENDUDUK (STUDI TENTANG KEMANDIRIAN PELAYANAN KONTRASEPSI DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA DI KABUPATEN LOMBOK TIMUR).

Oleh : Muhammad Atha Iqbal (0410313083).

Pembangunan kependudukan dan keluarga kecil berkualitas merupakan langkah penting dalam mencapai pembangunan berkelanjutan. Hal ini diselenggarakan melalui pengendalian kuantitas penduduk dan peningkatan kualitas insani dan sumber daya manusia. Karakteristik pembangunan antara lain dilaksanakan melalui pengendalian pertumbuhan penduduk, keluarga berencana, dan dengan cara pengedalian kualitas penduduk, melalui perwujudan keluarga kecil yang berkualitas dan mobilitas penduduk.

Dalam era desentralisasi, beberapa pemerintah Kabupaten/Kota memiliki kemampuan dan kemauan untuk mengadakan kontrasepsi untuk keluarga miskin, atau bahkan untuk keluarga yang mampu membayar. Oleh karena itu, dalam pengadaan tersebut harus ada jaminan bahwa yang dilakukan adalah sesuai dengan kaidah dasar yang ditetapkan oleh pemerintah. Hal ini untuk menghindari adanya kerugian yang lebih besar dibanding keuntungan yang diterima oleh klien.

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisa pelaksanaan alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat, upaya dari pemerintah daerah untuk mengatasi laju pertumbuhan penduduk dan peningkatan kesejahteraan keluarga dan faktor penghambat serta pendukungan dalam upaya penurunan laju pertumbuhan penduduk dan peningkatan kesejateraan keluarga. Fokus penelitian ini adalah upaya dari pemerintah Kabupaten Lombok Timur dalam

peningkatan pelayanan dan kemandirian masyarakat sehingga dapat menekan laju pertumbuhan penduduk.

Hasil penelitian yang telah dilakukan di Kantor Keluarga Berencana Kabupaten Lombok Timur maka hasil analisis dari proses alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dalam rangka penurunan laju pertumbuhan penduduk diperoleh bahwa proses alih peran telah berjalan dimana ini dapat dilihat dari permintaan masyarakat akan alat kontrasepsi setiap tahunnya terus meningkat. Sehingga pemerintah daerah khususnya Kabupaten Lombok Timur kewalahan di dalam pemenuhan kebutuhan alat kontrasepsi, pemerintah daerah kemudian melakukan terobosan dengan melakukan alih peran ke pihak swasta di dalam pemenuhan alat kontrasepsi. Meningkatnya kebutuhan masyarakat akan alat kontrasepsi berdampak pada penurunan laju pertumbuhan penduduk yang dirasa sangat tinggi. Melalui program keluarga berencana selain menekan laju pertumbuhan penduduk juga untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga sehingga masyarakat dapat mandiri baik dari segi pemenuhan kebutuhan akan alat kontrasepsi maupun untuk memenuhi kebutuhannya sendiri.

Saran dari peneliti adalah pemerintah daerah harus menjalin kerjasama yang baik antara kantor keluarga berencana sebagai perwakilan dari pemerintah dengan pihak swasta, sehingga proses alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat dapat berjalan dengan baik dan pemenuhan kebutuhan masyarakat akan alat kontrasepsi dapat terpenuhi. Tujuan pemerintah daerah Kabupaten Lombok Timur untuk menekan laju pertumbuhan dan peningkatan kesejahteraan keluarga dapat tercapai.

### **ABSTRACT**

Title: THE SHIFT OF CONTRACEPTION SUPPLY AND SERVICE ROLE FROM THE PUBLIC TO THE PRIVATE SECTOR IN DECREASING THE POPULATION GROWTH RATE (STUDI ON THE CONTRACEPTION SELF-SERVICE OF PLANNING FAMILY PROGRAM AT LOMBOK TIMUR REGENCY)

BY: Muhammad Atha Iqbal (0410313083)

The development of population and qualified small family is an important step of achieving the continued development. It is carried by controlling the population quality. The development characteristics are done by controlling the population growth rate, family planning program and by means of controlling the population quality, through the qualified small family and the population mobilization.

In the decentralization era, many local governments have the ability and enthusiasm to supply contraception for the poor family, or even for the have family. Therefore, in such supply there must be guarantee that what has been done is according to the basic rule determined by the Government. It is to avoid any lost that is higher than the advantage client receives.

The research is to describe an to analyze the implementation of the shift of contraception supply and service role from the public to the private sector, the government's effort to deal with the population growth rate and the improvement of family wealth and the restraint and supporting factors in an effort of decreasing the population growth rate and improvement of family wealth. The focus of research is the effort of Lombok Timur local government in improving the service and people self-service so it could constrain the population growth.

The research result was done at the Office of Family Program of Lombok Timur Regency, the analysis result of the process of role shift of contraception supply and service in order to decrease the population growth rate is that the process of role shift increases annually. So the local government, especially Lombok Timur Regency, couldn't handle the supply of contraception's demand, then the local government made a breakthrough by shifting the role to the private sector in supplying the contraception. The increasing of people's need of contraception has impact on the decreasing of high population growth rate but also to improve the family wealth, so the people could be self-service both on the fulfillment of contraception need and the fulfillment of their own need.

The researcher's suggestion is that the local government must build a good cooperation between the Office of Family Planning as a representative of government and the private sector, so the process of contraception supply and service role shift from the public to the private sector could be achieved. The purpose of local government of Lombok Timur Regency to constraint the population growth rate and to improve the family wealth would be accomplished.

## **BRAWIJAY**

### **RIWAYAT HIDUP**

### DATA PRIBADI

Nama : Muhammad Atha Iqbal

Tempat Tanggal Lahir : Lbh. Lombok, 8 Oktober 1985

Alamat : Jl. Imam Bonjol No. 1A Selong

Jenis kelamin : Laki-laki

Status : Belum menikah

No. Telephon : 081805005161

### PENDIDIKAN

1. Sekolah Dasar Negeri (SDN) No. 5 Kelayu (1992-1998)

- 2. Sekolah Menengah Pertama No. 3 Selong (1998-2001)
- 3. Sekolah Menengah Umum No. 2 Selong (2001-2004)
- 4. Universitas Brawijaya Malang, Fakultas Ilmu Administrasi, Jurusan Administrasi Publik (2004-2008)

Demikian Daftar Riwayat Hidup ini Saya buat dengan sebenarnya. Apabila ada komplain terkait dengan keterangan diatas, Saya siap mempertanggung-jawabkannya di depan hukum.

Malang, 13 Juni 2008

Tertanda.

Muhammad Atha Iqbal

### KATA PENGANTAR

Dengan nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh. Segala puji bagi Allah. Saya bersaksi bahwa tiada tuhan selain Allah dan saya bersaksi bahwa Muhammad rasul Allah. Ya Allah berikanlah shalawat kepada Muhammad dan keluarganya sebagaimana telah engkau berikan kepada Ibrahim dan keluarganya. Ya Allah, berkahilah Muhammad dan keluarganya sebagaimana telah Engkau berkahi Ibrahim dan keluarganya.

Disertai "Alih Peran Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari sektor Publik ke Sektor Privat Dalam Program Keluarga Berencana (Studi Tentang Kemandirian Pelayanan Kontrasepsi di Kabupaten Lombok timur)" disusun sebagai bagian pendidikan S-1 di Fakulats Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya. Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasikan, memperoleh informasi tentang kemandirian pelayanan kontrasepsi. Semoga disertai ini akan memeberikan sumbangsih yang berarti bagi peningkatan profesionalisme kerja bagi aparatur pemerintah pada khususnya dan masyarakat pada umumnya.

Ucapan terima kasih sedalam-dalamnya penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan, dorongan, serta motivasi baik langsung maupun tidak langsung sehingga laporan ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Ucapan terima kasih dan rasa hormat ini penulis sampaikan kepada:

- 1. Bapak Dr. Bambang Supriyono, MS. Selaku ketua dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan meluangkan waktu dalam penyusunan skripsi ini.
- 2. Ibu Dr. Siti Rochmah, Msi. Selaku anggota dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan meluangkan waktu dalam penyusunan skripsi ini.
- 3. Bapak Prof. Dr. Solichin A.W, MA, Ph.D. Selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik Universita Brawijaya.
- 4. Bapak Dr. Imam Hanafi, S.Sos, M.si, MS. Selaku Sekretaris Jurusan Administrasi Publik Universitas Brawijaya.
- 5. Bapak Prof. Dr. Abd Yuli Andi Gani, MS. Selaku dosen penguji 1.
- 6. Bapak Dr. Sarwono, Msi. Selaku dosen penguji 2.
- 7. Keluarga tercinta yang telah memberikan dorongan.

8. Semua teman-teman di Fakultas Administrasi Publik yang telah memberikan bantuan, dorongan, serta motivasi.

Studi dan penyusunan disertai dengan niat ikhlas karena Allah sebagai bagian dari jihad, hijrah, dan ibadah. Semua kebenaran dari Allah sedangkan kekhilafan dari penulis. Semoga allah mengampuni, menerima, menjadikannya amal jariyah, bermanfaat dan baik bagi semua. Penulis menerima, perbaikan, pembenaran dan lain-lain dan mohon maaf kepada siapa dan apa jua yang saya berbuat salah atau terambil haknya. Saudara yang membaca penelitian ini dituntut oleh amanah ilmiah untuk memberikan tegur sapa, kritik dan penyempurnaan. Semoga Allah memberikan kebaikan untuk kita semua.

Malang, 13 Juni 2008

Muhammad Atha Iqbal

### DAFTAR ISI

HALAN	MAN JUDUL	
	R ISI	i
	R GAMBAR	iv
DAFTA	R TABEL	V
BAB I	PENDAHULUAN	
	A. Latar Belakang Masalah	1
	B. Rumusan Masalah	5
	C. Tujuan Penelitian	5
	D. Kontribusi Penelitian	5
	E. Sistematika Pembahasan.	6
<b>BAB II</b>	KAJIAN PUSTAKA	
	A. Pelayanan Publik	
	1. Pengertian Pelayanan	8
	2. Syarat Pelayanan Publik	9
	3. Tujuan dan Hakekat Pelayanan	10
	4. Konsep Kualitas Pelayanan Berfokus Pelanggan	11
	B. Alat Kontrasepsi	
	1. Pengertian Alat Kontrasepsi	12
	2. Jenis Alat Kontrasepsi	12
	C. Sektor Publik dan Sektor Privat	
	1. Pengertian Sektor Publik dan Sektor Privat	14
	2. Tujuan dan Metode Privatisasi	16
	D. Alih Peran Pemerintah kepada Swasta dalam Pelayanan Kontrasepsi	17
	E. Peran Pemerintah dalam Laju Penurunan Penduduk	19
	F. Administrasi Pembangunan dan Kependudukan	
	1. Paradigma Pembangunan	20
	2. Pembangunan Berwawasan Kependudukan	23
	3. Kebijakan Kependudukan Kaitannya dengan Pencapaian	
	Millenium Development Goals	29
	4. Integrasi Isu Kependudukan ke Dalam Strategi Pembangunan	30
	G. Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi	
	Landasan Pelaksanaan Program	31
	2. Perjalanan dan Relevansi Program	32
BAB II	I METODE PENELITIAN	
	A. Jenis Penelitian.	36
	B. Fokus Penelitian.	37
	C. Lokasi dan Situs Penelitian.	38
	D. Jenis Data	38
	E. Pengumpulan Data	39
	F. Instrument Penelitian.	39
	G. Analisis Data	40

	THUELTOUILTH VY DE OKHELYMIN	
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	A. Penyajian Data Umum Daerah Penelitian	
	1. Posisi dan Luas Wilayah	
	2. Iklim dan Curah Hujan	
	3. Potensi Sumber Daya Alam (SDA)	
	4. Penduduk	45
	4.1 Perkembangan Jumlah Penduduk	45
	4.2 Laju Pertumbuhan Penduduk	45
	5. Gambaran Capaian Program Keluarga Berencana	49
	5.1 Peserta KB Baru	49
	5.2 Peserta KB Aktif	52
	B. Penyajian Data Fokus	
	1. Alih Fungsi Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari Sektor	
	Publik ke Sektor Privat di Kabupaten Lombok Timur	54
	2. Upaya Pemerintah Daerah dalam Rangka Menurunkan	
	Laju Pertumbuhan Penduduk dan Meningkatkan	
	Kesejateraan Keluarga	60
	2.1 Anggaran Keluarga Berencana	
	2.1.1 Dukungan Anggaran Sumber APBD II	
	Lombok Timur 2007	62
	2.1.2 Dukungan Anggaran Sumber APBN melalui	
	BKKBN Propinsi NTB	64
	2.1.3 Dukungan Anggaran Sumber Bantuan	
	Luar Negeri (UNFPA)	64
	2.1.4 Dukungan Anggaran Sumber DHS-2	
	(Bantuan Luar Negeri)	65
	2.2. Ketenagaan Program.	
	2.2.1 Tenaga Program Tingkat Kabupaten	
	2.2.2 Tenaga Program Tingkat Kecamatan dan Desa	
	2.3. Alkont (Alat Kontrasepsi)	
	2.4 Penguatan dan Pengembangan Intitusi Masyarakat	
	Pedesaan (IMP)	70
	2.5 Meningkatkan Kesejahteraan Penduduk	
	2.5.1 Peningkatan Ketahanan Keluarga	
	2.5.2 Pemberdayaan Ekonomi Keluarga	
	3. Faktor-faktor Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk	,
	di Kabupaten Lombok Timur	77
	3.1. Faktor-Faktor Penghambat.	7
	3.2. Faktor-Faktor Pendukung.	79
	C. Analisi dan Interperestasi Data	, ,
	1. Alih Fungsi Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari Sektor	
	Publik ke Sektor Privat di Kabupaten Lombok Timur	80
	Upaya Pemerintah Daerah dalam Rangka Menurunkan Laju	0(
	Pertumbuhan Penduduk dan Meningkatkan Kesejahteraan	
	KeluargaKeluarga	84
	3 Faktor-faktor Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk	0-

di Kabupaten Lombok Timur	
3.1. Faktor-Faktor Penghambat	88
3.2. Faktor-Faktor Pendukung	
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	93
B. Saran	

### DAFTAR PUSTAKA

### DAFTAR GAMBAR

No.	Judul	Hal
1.	Perincian per mix kontrasepsi dan persentase terhadap PPM PB per mix	49
	kontrasepsi.	
2.	Perkembangan AB SD bulan Desember 2007	50
3.	Perincian per mix kontrasepsi	53
4.	Perbandingan peserta KB aktif jalur pemerintah dan swasta	58

### **SRAWIJAYA**

### DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal
1	Perkembangan Jumlah dan laju Pertumbuhan Penduduk	47
	Kabupaten Lombok Timur Sejak Tahun 1961	
2	Penduduk Lombok Timur Menurut Golongan Umur	48
	dan Jenis Kelamin (hasil sensus penduduk tahun 2000).	
3	Capaian Peserta KB Baru Tingkat Kecamatan Per Mix Kontrasepsi Sampai Dengan Desember 2007.	52
4	Sumber Dana UNFPA 2007.	65
\	Distribusi alkont s/d Desember 2007.	
	Perkembangan Kelompok UPPKS Sampai dengan Desember 2007.	
5	Rincian Program, Kegiatan dan Realisasi Anggaran	66
	Dari DHS-2 ( Bantuan Luar Negeri ) 2007	
6	Droping Alat Kontrasepsi Dari Pusat melalui BKKBN Propinsi	68
	NTB + sisa bulan sebelumnya s/d Desember 2007.	
7	Distribusi alkont s/d Desember 2007	69
8	Pengadaan Alkon yang bersumber dari APBD Lotim	69
9	Perkembangan kelompok BKB Triwulan IV tahun 2007.	72
10	Perkembangan kelompok BKR Dan PIK-KRR	73
	Triwulan IV tahun 2007.	
11	Perkembangan Kelompok UPPKS Sampai dengan Desember 2007.	75
12	Rencana Alokasi bantuan modal Kelompok UPPKS Tahun 2008	76

### BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pembangunan Nasional yang telah dilakukan selama ini secara umum telah mampu meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat, namun demikian pembangunan tersebut ternyata menimbulkan kesenjangan perkembangan antar wilayah, terutama luar Jawa, antara Kawasan Barat Indonesia (KBI)-Kawasan Timur Indonesia (KTI), serta antar kota-kota dan antar kota-desa (RPJMN 2004-2009, h 261).

Demikian juga meningkatnya tingkat pengangguran terbuka berpotensi menimbulkan berbagai permasalahan sosial, apabila dicermati pergolakan dan ketidakamanan yang timbul di berbagai daerah dan tempat sering bersumber dari sulitnya mencari kerja bagi suatu kehidupan yang layak.

Krisisi ekonomi berdampak pada meningkatnya jumlah pengangguran yang pada gilirannya meningkatkan kerawanan sosial; dalam Prijono Tjiptoherijanto (2003, h. 22) Lebih lanjut dikatakan , ... Jika dilihat secara lebih mendasar, maka akan ditemukan jawaban atas berbagai persoalan sosial kemasyarakat yang timbul saat ini adalah kenyataan bahwa strategi pembangunan yang dianut selama ini kurang memperhatikan pengembangan sumber daya manusia. Pembangunan yang dianut lebih difokuskan pada mengejar pertumbuhan ekonomi yang tinggi. Atau dengan bahasa lain, pola pembangunan yang dianut kurang berwawasan kependudukan.

Pembangunan kependudukan dan keluarga kecil berkualitas merupakan langkah penting dalam mencapai pembangunan berkelanjutan. Hal ini diselenggarakan melalui pengendalian kuantitas penduduk dan peningkatan kualitas insani dan sumber daya manusia. Karakteristik pembangunan antara lain dilaksanakan melalui pengendalian pertumbuhan penduduk, keluarga berencana, dan dengan cara pengedalian kualitas penduduk, melalui perwujudan keluarga kecil yang berkualitas dan mobilitas penduduk.

Tingginya laju pertumbuhan dan kuantitas penduduk, disebabkan oleh masih tingginya tingkat kelahiran penduduk, kurangnya pengetahuan dan kesadaran pasangan usia subur dan remaja akan hak-hak reproduksi, masih rendahnya usia kawin pertama penduduk, rendahnya partisipasi laki-laki dalam ber-KB, masih lemahnya ekonomi dan ketahanan keluarga, masih lemahnya institusi daerah dalam pelaksanaan program KB, belum serasinya kebijakan kependudukan dalam mendukung pembangunan berkelanjutan.

Program Keluarga Berencana (KB) sebagai upaya untuk menekan laju pertumbuhan penduduk secara nasional dimulai pada dekade 1970-an. Secara nasional, dampak Program KB mulai terlihat pada dekade 1980-an dengan turunya tingkat kelahiran sehingga laju pertumbuhan penduduk secara nasional turun menjadi 1,98 persen per tahun. Setelah itu, antara tahun 1990 dan 1995 diperkirakan sebesar 1,71 persen per tahun. Bila laju pertumbuhan penduduk tidak ditekan melalui program KB, maka kehidupan sebagian besar penduduk akan belum mencapai sejahtera dan berada dalam kondisi kemiskinan. Oleh karena itu, strategi gerakan program KB yang dikembangkan sejak tahun1994 tidak hanya pada menekan laju pertumbuhan penduduk melalui pengendalian kelahiran, tetapi juga terwujudnya keluarga sejahtera.

Tingkat kelahiran tampaknya telah mampu dikendalikan melalui Program KB di Lombok Timur sehingga laju pertumbuhan dalam dekade 1980-an turun menjadi 1,78 persen per tahun dan setelah itu terus mengalami penurunan dalam periode 1990-2000 menjadi 1,22 persen per tahun. Kesinambungan penurunan laju pertumbuhan penduduk tersebut di Lombok Timur dalam periode-periode selanjutnya seharusnya mengikuti trend menurun. Dimana pertumbuhan penduduk dalam periode 2001-2005 seharusnya lebih rendah dari periode 1999-2000, yakni dibawah 1,22 persen per tahun. Dalam kenyataannya pertumbuhan penduduk yang dicapai dalam periode 2001-2005 justru sebaliknya, terjadi kenaikan pertumbuhan penduduk menjadi 1,46 persen per tahun. Artinya, pertumbuhan penduduk dalam periode 2001-2005 mengalami kenaikan dari periode sebelumnya (1999-2000).

Disisi lain, menurut data BPS Lombok Timur (2006) keikut sertaan ber KB dalam periode 2002-2006 tergolong cukup tinggi dimana privalensi peserta KB aktif terhadap Pasangan Usia Subur rata-rata tahun 2002 sebesar 130.237 atau 66,75 % dari 195.097 Pasangan Usia Subur yang ada dan tahun 2003 tercatat 146.557 atau 67,79 % dari 216.193 Pasangan Usia Subur, kurun tahun 2004 tercatat 156.064 atau 70,77 % dari 220.534 Pasangan Usia Subur, untuk tahun 2005 tercatat 144.492 atau 63,65 % dari 227.021 Pasangan Usia Subur serta tahun 2006 tercatat 137.575 atau 58,96 % dari 233.327 Pasangan Usia Subur (Kantor BKKBN Kabupaten Lombok Timur).

Bila dilihat dari komposisi penggunaan obat/alat kontrasepsi, peserta keluarga berencana 2006;

1) IUD : 17.131 atau 12,45 % dari total peserta KB Aktif;

2) MOP/MOW : 4.598 atau 3,34 % dari total peserta KB Aktif;

3) Implan : 16.819 atau 12,23 % dari total peserta KB Aktif;

4) Suntikan : 62.681 atau 45,56 % dari total peserta KB Aktif;

5) PIL : 36.193 atau 26,31 % dari total peserta KB dan,

6) Kondom : 153 atau 0,11 % dari total peserta KB aktif.

Dengan demikian seharusnya dalam periode 2002-2006 tingkat kelahiran dapat ditekan untuk mencapai akselerasi (percepatan) penurunan laju pertumbuhan penduduk menuju *zero growth* (Kantor BKKBN Kabupaten Lombok Timur).

Dalam kaitannya dengan akselerasi (percepatan) pembangunan di Lombok Timur, maka kontribusi program Keluarga Berencana (KB) dalam pembangunan daerah adalah menerapkan paradigma tanpa pertumbuhan penduduk (*zero growth paradigm*). Melalui paradigma ini diharapkan kedepan agar akseptor KB mampu merencanakan visi Keluarga Sejahtera (KS); sehingga keluarga yang termasuk dalam pasangan usia subur di Lombok Timur yang sekarang ini masih tergolong dalam Pra Keluarga Sejahtera dan Keluarga Sejahtera I mampu mengembangkan diri secara bertahap menjadi Keluarga Sejahtera II, Keluarga Sejahtera III dan Keluarga Sejahtera III plus.

Dalam era desentralisasi, beberapa pemerintah Kabupaten/Kota memiliki kemampuan dan kemauan untuk mengadakan kontrasepsi untuk keluarga miskin, atau bahkan untuk keluarga yang mampu membayar. Oleh karena itu, dalam pengadaan tersebut harus ada jaminan bahwa yang dilakukan adalah sesuai dengan kaidah dasar yang ditetapkan oleh pemerintah. Hal ini untuk menghindari adanya kerugian yang lebih besar dibanding keuntungan yang diterima oleh klien.

Privatisasi merupakan suatu proses pergeseran peran dan fungsi dari publik ke swasta dalam rangka pemenuhan kebutuhan. Artinya bahwa dengan pergeseran peran dan fungsi tersebut membantu pemerintah dalam mengurangi pengeluaran belanja dan memudahkan masyarakat di dalam mendapatkan pelayanan. Alat kontrasepsi sudah menjadi suatu kebutuhan masyarakat di dalam bidang keluarga berencana sehingga pemerintah sebagai pelayan publik harus menyediakannya, ketika pemerintah tidak mampu memberikan pelayanan secara maksimal atau menyediakan alat kontrasepsi kemudian pemerintah

membuka peluang bagi swasta untuk menyediakan dan memberikan pelayanan kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan alat kontrasepsi.

BKKBN Propinsi sebagai perpanjangan dari BKKBN Pusat, di mana keberadaannya lebih dekat dengan para pengelola program KB di tingkat Kabupaten/Kota, dapat memegang peranan untuk membantu pemerintah Kabupaten/Kota dalam proses pengadaan obat/alat kontrasepsi, sehingga obat/alat kontrasepsi yang dibeli sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh BKKBN Pusat dan persyaratan peredaran obat/alat kontrasepsi oleh Badan POM.

Masyarakat Lombok Timur sudah menganggap KB menjadi kebutuhan mendasar, hal ini ditandai dengan tingginya tingkat kesertaan ber KB dari sejumlah pasangan usia subur yang ada, namun disisi lain animo masyarakat atau pasangan usia subur yang tinggi ini menjatuhkan pilihan pada obat/alat kontrasepsi suntikan dan pil, dan disisi lain kemampuan pemerintah pusat dan daerah tidak mampu menyediakan obat/alat kontrasepsi jenis tersebut secara merata.

Pemerintah memberikan dorongan kepada masyarakat atau pasangan usia subur yang masuk dalam kata gori keluarga sejahtera II ke atas ingin ber KB atau pelayanan ulangan dengan kontrasepsi Suntikan atau PIL agar mengakses sendiri melalui pelayanan jalur swasta (Dokter/Bidan Praktek Swasta). Alat kontrasepsi jenis suntikan dan pil yang menjadi kebutuhan masyarakat dapat di akses di pasaran melalui apotik, untuk masyarakat desa alat kontrasepsi jenis ini dapat di akses melalui bidan praktek swasta.

Penguatan jaringan pelayanan KB terus dibangun dengan menyertakan peran dari berbagai komponen masyarakat. Seperti penyediaan alat dan obat kontrasepsi memberikan peran pada sektor swasta melalui keterpaduan dengan Alkon LIBI dan melalui jaminan Ketersediaan Kontrasepsi (*public-private mix*) untuk peningkatan kualitas jaminan kontribusi alat atau obat kontrasepsi keseluruh klien dengan dukungan sistem informasi data keluarga yang berbasis data mikro dan berada di kelompok masyarakat tingkat terbawah.

Atas dasar uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih dalam mengenai bagaimana Alih Peran Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari Sektor Publik ke Sektor Privat dalam Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk (Studi Tentang

Kemandirian Pelayanan Kontrasepsi di Kabupaten Lombok Timur).

### B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dirumuskan dalam latar belakang, maka yang menjadi rumusan masalah adalah :

- 1. Bagaimanakah alih fungsi penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat di Kabupaten Lombok Timur?
- 2. Bagaimanakah upaya Pemerintah Daerah dalam rangka menurunkan laju pertumbuhan dan meningkatkan kesejahteraan keluarga?
- 3. Faktor-faktor apa saja yang menghambat dan mendukung penurunan laju pertumbuhan di Kabupaten Lombok Timur?

### C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah;

- 1. Untuk mengetahui dan menganalisa seberapa jauh alih fungsi penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat.
- 2. Untuk mengidentifikasi dan menganalisa upaya Pemerintah Daerah dalam rangka menurunkan laju pertumbuhan dan meningkatkan kesejahteraan penduduk di Kabupaten Lombok Timur.
- 3. Untuk mengetahui dan mendeskripsikan faktor pendukung dan faktor penghambat penurunan laju pertumbuhan dan meningkatkan kesejahteraan penduduk di Kabupaten Lombok Timur.

### D. Kontribusi Penelitian

Kontribusi yang berhubungan dengan penyusunan skripsi ini adalah sebagai berikut :

### 1. Akademis

a. Sebagai salah satu bahan kajian bagi ilmu Administrasi Pembangunan terutama tentang alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat dalam rangka penurunan laju pertumbuhan penduduk.

b. Sebagai masukan untuk penelitian-penelitian selanjutnya yang mempunyai tema yang sama atau hampir sama dengan penelitian ini.

### 2. Praktis

### a. Bagi Pemerintah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi motivasi bagi pemerintah supaya meningkatkan pelayanannya kepada masyarakat khususnya untuk kontrasepsi sehingga pemerintah dapat menurunkan laju pertumbuhan penduduk.

### b. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan komitmen pemerintah daerah dalam upaya meningkatkan penyediaan dan pelayanan kontrasepsi di dalam rangka penurunan laju pertumbuhan penduduk. Selain itu penelitian ini juga diharapkan dapat menumbuhkan partisipasi aktif masyarakat dalam program keluarga berencana sehingga tujuan pemerintah untuk menurukan laju pertumbuhan penduduk tercapai.

### E. Sistematika Pembahasan

Adapun sistematika pembahasan dalam penyusunan skripsi ini adalah sebagai berikut:

### BAB I : PENDAHULUAN

Pada bab Pendahuluan ini berisi mengenai latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, kontribusi penelitian, sistematika pembahasan.

### BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini mengemukakan landasan-landasan teori yang akan mendasari penulisan skripsi, yang terdiri dari Pelayanan Publik (Pengertian Pelayanan, Syarat Pelayanan Publik, Tujuan dan Hakekat Pelayanan); Alat Kontrasepsi (Pengertian Alat Kontrasepsi, Jenis Alat Kontrasepsi); Sektor Publik dan Sektor Privat (Tujuan dan Metode Privatisasi); Peran Pemerintah dalam Laju Penurunan Penduduk, Alih Peran Pemerintah kepada Swasta dalam Pelayanan Kontrasepsi,

Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (Landasan Pelaksanaan Program, Perjalanan dan Relevansi Program); Administrasi Pembangunan dan Kependudukan (Paradigma Pembangunan, Pembangunan Berwawasan Kependudukan, Kebijakan Kependudukan Kaitannya dengan Pencapaian *Millenium Development Goals*).

### BAB III : METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini dijelaskan mengenai metode penelitian yang terdiri dari jenis penelitian, fokus penelitian, lokasi penelitian dan situs penelitian, jenis data, pengumpulan data, instrument penelitian, analisis data.

### BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini memuat pembahasan yang didasarkan pada perumusan masalah yang telah ditetapkan dalam Bab I.

### BAB V : PENUTUP

Bab ini merupakan bab terakhir yang berisikan kesimpulan dari skripsi. Pada bab ini akan berisikan tentang kesimpulan dari seluruh uraian pada bab-bab sebelumnya dan saran yang mendukung untuk keberhasilan dalam alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat dalam penurunan laju pertumbuhan penduduk.

### BAB II KAJIAN PUSTAKA

### A. Pelayanan Publik

### 1. Pengertian Pelayanan

Pelayanan menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia, berasal dari kata layan (melayani) yaitu menolong menyediakan segala apa yang diperlukan orang lain. (Poerwadarminta, 1985, h. 573).

Sedangkan menurut Komaruddin (1983, h. 448), pelayanan adalah prestasi yang dilakukan atau dikorbankan untuk memuaskan permintaan atau kebutuhan pihak lain.

Pelayanan adalah kegiatan yang dapat diidentifikasikan secara tersendiri, yang pada hakekatnya bersifat tidak berwujud, yang merupakan pemenuhan kebutuhan, dan tidak harus terikat pada penjualan suatu produk. Untuk menghasilkan jasa mungkin perlu atau mungkin tidak perlu menggunakan benda berwujud. Namun jika menggunakan benda itu tidak ada pemindahan hak milik atas benda itu.

Pelayanan adalah kegiatan atau manfaat yang ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain dan pada dasarnya tidak berwujud, serta tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu.

Pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan (Gronroos 1990, h. 27).

Dengan pelayanan dapat diartikan suatu kegiatan yang abstrak untuk memenuhi kebutuhan orang lain/ memberikan kepuasan kepada orang lain tanpa adanya balas jasa secara langsung.

Pelayanan adalah suatu bentuk kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah baik pusat, di daerah, BUMN, dan BUMD dalam bentuk barang maupun jasa dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku (KEPMENPAN 81 / 93).

Pelayanan publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima

pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. (KEPMENPAN NO. 63 / KEP / M.PAN / 7/ 2003)

Cristopher (1992) menyatakan bahwa pelayanan pelanggan dapat diartikan sebagai suatu sistem manajemen, diorganisir untuk menyediakan hubungan pelayanan yang berkesinambungan antara waktu pemesanan dan waktu barang atau jasa itu diterima dan digunakan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan/harapan pelanggan dalam jangka panjang.

### 2. Syarat Pelayanan Publik

Untuk memberikan pelayanan publik yang baik dalam rangka kepemerintahan yang baik (good Governance) paling tidak terdapat lima prasyarat yang perlu dipenuhi. *Pertama*, partisipasi yang berarti mendorong masyarakat untuk ikut ambil bagian dari proses pengambilan keputusan, baik secara langsung maupun tidak langsung. *Kedua*, mengupayakan adanya saling percaya di antara masyarakat dan pemerintah. Untuk ini birokrasi pemerintah harus mengusahakan adanya kemudahan bagi masyarakat luas untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan factual. *Ketiga*, kemampuan untuk menyikapi setiap masalah yang timbul, menampung aspirasi dan keluhan masyarakat secara tepat tanpa ada perbedaan. *Keempat*, profesionalisme yang terlihat dari kemauan, kemampuan, dan keahlian birokrasi pemerintah sehingga mereka mampu melayani publik secara mudah, cepat, akurat, dan sesuai permintaan. *Kelima*, akuntabilitas dari setiap kebijakan publik, terutama yang menyangkut keputusan politik, perpajakan maupun anggaran pemerintah.

Pelayanan publik diartikan sebagai segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan di lingkungan badan usaha milik Negara/daerah dalam bentuk barang dan atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan (LAN, 1998).

Pelayanan publik dilaksanakan dalam suatu rangkaian kegiatan bersifat sederhana, terbuka, tepat, lengkap, wajar, dan terjangkau (Soedaryanti, 2004). Dalam keputusan Menpan No. 81 Tahun 1993 ditegaskan, bahwa penyelenggaraan layanan publik harus mengandung unsur-unsur:

- 1. Hak dan kewajiban bagi pemberi layanan maupun penerima layanan umum harus jelas dan diketahui secara pasti oleh masing-masing.
- Pengaturan setiap bentuk pelayanan umum harus disesuaikan dengan kondisi kebutuhan dan kemampuan masyarakat untuk membayar, berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku dengan tetap berpegang pada efisiensi dan efektivitas.
- 3. Mutu proses dan hasil pelayanan umum harus diupayakan agar memberi keamanan, kenyamanan, kelancaran, dan kepastian hukum yang dapat dipertanggung jawabkan.
- 4. Apabila pelayanan umum yang diselenggarakan oleh instansi pemerintah terpaksa harus mahal, maka instasi pemerintah yang bersangkutan berkewajiban memberi peluang kepada masyarakat untuk ikut menyelenggarakannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### 3. Tujuan dan Hakekat Pelayanan

Dukungan kepada pelanggan dapat bermakna sebagai suatu bentuk pelayanan yang memberikan kepuasan bagi pelanggannya, selalu dekat dengan pelanggannya, sehingga kesan yang menyenangkan senantiasa diingat oleh para pelanggannya.

Pelayanan merupakan usaha apa saja yang mempertinggi kepuasan pelanggan (*whatever enhances customer satisfaction*).

Tujuan dari pelayanan publik adalah memuaskan dan atau sesuai dengan keinginan masyarakat/pelanggan pada umumnya. Untuk mencapai hal ini diperlukan kualitas pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat. Kualitas/Mutu Pelayanan adalah kesesuaian antara harapan dan keinginan dengan kenyataan.

Hakekat pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat.

Sedaryanti (2004) lebih lanjut menegaskan bahwa hakekat dari pelayanan publik adalah :

- 1. Meningkatkan mutu dan produktifitas pelaksanan tugas dan fungsi instansi pemerintah di bidang pelayanan umum.
- 2. Mendorong upaya mengefektifkan sistem dan tatalaksana pelayanan, sehingga pelayanan umum dapat diselenggarakan secara lebih berdaya guna dan berhasil guna.
- 3. Mendorong tumbuhnya kreativitas, prakarsa dan peran serta masyarakat dalam pembangunan serta meningkatkan kesejahteraan masyarakat luas.

### 4. Konsep Kualitas Pelayanan Berfokus Pelanggan.

Konsep kualitas adalah membangun kualitas modern. Pada dasarnya sistem kualitas modern dapat dicirikan oleh lima karakteristik:

- 1. Sistem kualitas modern berorientasi pada pelanggan. Produk-produk didesain sesuai dengan keinginan pelanggan melalui riset pasar, kemudian diproduksi dengan caracara yang baik benar sehingga produk yang dihasilakn memenuhi spesifikasi desain (memiliki konformasi yang tinggi), serta pada akhirnya memberikan pelayanan purna jual kepada pelanggan.
- 2. Sistem kualitas modern dicirikan adanya partisipasi aktif yang dipimpin oleh manajemen puncak (*top manajement*) dalam peningkatan kualitas secara terusmenerus.
- 3. Sistem kualitas modern dicirikan oleh adanya pemahaman dari setiap orang terhadap tanggung jawab spesifik untuk kualitas.
- 4. Sistem kualitas modern dicirikan oleh adanya aktifitas yang berorientasi pada tindakan pencegahan kerusakan, bukan berfokus pada upaya untuk mendeteksi kerusakan saja.
- 5. Sistem kualitas modern dicirikan oleh adanya suatu filosofi yang menganggap bahwa kualitas merupakan "jalan hidup" (*way of live*).

Dapat dikatakan bahwa sistem kualitas modern dicirikan oleh adanya suatu kultur dalam organisasi yang melaksanakan proses peningkatan kualitas secara terus-menerus. Untuk itu, maka pada dasarnya sistem kualitas pelayanan modern dapat di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

- Kualitas desain. Pada dasarnya mengacu pada aktivitas yang menjamin bahwa produk baru, atau produk yang dimodifikasi didesain sedemikian rupa untuk memenuhi keinginan dan harapan para pelanggan, serta secara ekonomis layak untuk diproduksi atau dikerjakan.
- 2. Kualitas konfirmasi mengacu pada pembuatan produk atau pemberian jasa pelayanan yang memenuhi spesifikasi yang telah ditentukan sebelumnya.
- 3. Kualitas pemasaran dan pelayanan purna jual berkaitan dengan tingkat sejauh mana dalam menggunakan produk itu memenuhi ketentuan-ketentuan dasar tentang pemasaran, pemeliharaan dan purna jual.

Dengan demikian dapat dipahami bahwa terdapat keterkaitan pengedalian kualitas diantara bagian atau tahap yang satu dengan tahap yang lainnya, yang dimulai seadanya permintaan pasar akan suatu produk tertentu , hingga berakhir pada penggunaan produk oleh pelanggan.

### B. Alat Kontrasepsi

### 1. Pengertian Alat Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata *kontra* dan *konsepsi*, kontra berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Dengan demikian, kontrasepsi adalah mencegah atau menghindari terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. Berbagai macam alat/metode yang digunakan untuk mencegah atau menghindari terjadinya kehamilan dikenal dengan alat kontrasepsi. Fungsi alat kontrasepsi dalam mencegah atau menghindari terjadinya kehamilan, yaitu: (1) mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, (2) melumpuhkan sperma, (3) menghalangi pertemuan.

Alat kontrasepsi mempunyai tingkat efektifitas yang berbeda-beda dalam mencegah kemungkinan terjadinya kehamilan, namun aksioma (asas) yang perlu diperhatikan dalam penggunaan alat kontrasepsi, yaitu: (1) alat kontrasepsi apapun yang dipakai adalah lebih baik daripada tidak memakai sama sekali, (2) alat kontrasepsi yang terbaik hasilnya (efektif), (3) penerimaan pasangan terhadap suatu alat kontrasepsi adalah unsur yang penting untuk berhasilnya suatu penggunaan alat kontrasepsi.

### 2. Jenis Alat Kontrasepsi

Beberapa jenis alat kontrasepsi yang efektif dalam mencegah kemungkinan terjadinya kehamilan, meliputi Pil KB, IUD, Suntikan KB, Implant. Selain itu, dikenal juga alat kontrasepsi mantap, yakni Metode Operasi Wanita/MOW (Tubektomi) pada wanita dan Metode Operasi Pria/MOP (Vasektomi) pada pria.

Pil KB digunakan terutama bagi wanita pasangan usia subur (PUS) yang menunda kehamilan atau yang ingin menjarangkan kehamilan sesudah selesai menyusui dan tidak mempunyai kontra indikasi medis. Pil KB ini tidak dianjurkan pada wanita yang berumur diatas 30 tahun karena akan mempengaruhi keseimbangan metabolisme tubuh. Cara kerja

Pil KB dalam mencegah terjadinya kehamilan yaitu: (1) menekan ovulasi yang mencegah lepasnya sel telur wanita dari indung telur, (2) mengendalikan lender mulut rahim sehingga sel sperma tidak dapat masuk kedalam mulut rahim, (3) menipiskan lapisan endometrium, sehingga tidak siap untuk kehamilan. Efektifitas penggunaan pil KB sangat tinggi tetapi tergantung pada disiplin pemakai, kegagalan teoritis lebih dari 0,35 persen, tetapi dalam praktek berkisar 1 sampai 8 persen untuk pil kombinasi dan 3 sampai 10 persen untuk pil mini.

Suntikan KB berisikan hormon progesterone dan cara kerjanya dalam mencegah terjadinya kehamilan, yaitu: (1) mencegah lepasnya sel telur dari idung telur wanita, (2) mengentalkan lender mulut rahim, sehingga sel sperma tidak dapat masuk kedalam rahim, (3) menipiskan endometrium, sehingga tidak siap untuk kehamilan. Efektifitas suntikan KB ini sangat tinggi dengan tingkatan kegagalan kurang dari 1 persen.

Implant (Susuk KB) adalah alat kontrasepsi berupa kapsul yang mengandung leveornorgestrel yang disusupkan dibawah kulit. Cara kerjanya, dengan dilepaskannya hormone leveornogestrel kedalam darah melalui proses difusi dari kapsul tersebut, maka terjadinya kehamilan dapat dicegah melalui mekanisme, yaitu: (1) menghambat terjadinya ovulasi, (2) menyebabkan endometrium tidak siap untuk nidasi, (3) mempertebal lendir serviks, (4) menipiskan lapisan endometrium. Efektifitas implant ini sangat tinggi dengan tingkat kegagalan secara teoritis sebesar 0,2 persen dan dalam praktik sebesar 1 samapai 3 persen. Implant ini dapat digunakan dalam jangka panjang, biasanya 5 tahun.

IUD adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan kedalam rahim. IUD ini memiliki berbagai macam bentuk, seperti berbentuk spiral yang terbuat dari plastic (IUD generasi pertama) dan berbentuk huruf T yang batangnya dililit logam dari tembaga (IUD generasi kedua) dan berbentuk huruf T yang batangnya dililit logam dari campuran tembaga dan perak (IUD generasi kedua). Cara kerja, IUD ini dalam mencegah terjadinya kehamilan yaitu: (1) meninggikan getaran saluran telur sehingga pada waktu blastokista samapai ke rahim, endometrium belum siap untuk menerima nidasi hasil konse (blastokista), (2) menimbulkan reaksi jaringan, sehingga terjadi serbukan darah putih (lekosit) yang melarutkan blastokista, (3) lilitan logam menyebabkan reaksi anti-fertilitas. IUD ini diprioritaskan pemakaiannya pada ibu dalam fasi menjarangkan kehamilan. Jangka waktu

pemakaiannya adalah 2 hingga 5 tahun. Efektifitas IUD ini sangat tinggi dengan tingkat kegagalan sebesar 1 persen.

Metode Operasi Wanita/MOW (tubektomi) adalah sterilisasi atau kontrasepsi mantap pada wanita yang dilakukan melaui operasi medis ringan dengan melakukan sayatan kecil dekat fundus rahim. Dalam pada itu, Metode Operasi Pria/MOP (Vasektomi) adalah sterilisasi atau kontrasepsi mantap pada pria melalui operasi medis ringan dengan melakukan sayatan kecil pada kanan kiri kantong zakar (srotum). Vasektomi berguna untuk menghalangi aliran sel sperma di pipa-pipa sel sperma. BRAM

### C. Sektor Publik dan Sektor Privat

### 1. Pengertian Sektor Publik dan Sektor Privat

Menurut Paul Starr, Privatisasi adalah sebuah konsep yang paling membingungkan sehingga tak heran jika menimbulkan reaksi politik. Kebingungan terjadi, karena istilah privat dan publik adalah dua hal yang tak terpisahkan untuk menjelaskan sejumlah hubungan yang saling bertentangan dalam pemikiran kita. Starr mencontohkan, dua gagasan tentang perubahan konsep publik menjadi privat sebagai perubahan dari hal yang bersifat terbuka menjadi tertutup, dan perubahan dari konsep publik menjadi privat yang diartikan sebagai perubahan dari keseluruhan menjadi bagian. Selanjutnya Starr mengatakan: "Dalam pengertian pertama, kita bicara tentang tempat umum, konferensi umum, kebiasaan umum, membuat sesuatu yang bersifat umum, atau penerbitan sebuah artikel. Privat sebagai lawan dari publik, misalnya, rumah hingga buku harian, bermakna hal yang bersifat privat aksesnya terbatas dan layak dikurangi. Di lain pihak, ketika kita bicara tentang opini publik, kesehatan publik, atau kepentingan publik, kita maksudkan opini, kesehatan, atau kepentingan keseluruhan rakyat sebagai lawan dari sebagian, apakah sebuah klas atau seorang individu. Publik dalam pengertian ini berarti "bersama," bukan keperluan pemerintah. Tetapi, dalam dunia modern, konsep tentang pemerintah dan publik menjadi sedemikian rapat hubungannya dan dalam konteks tertentu keduanya saling menggantikan."

Dari ilustrasi Starr ini, kita mesti membedakan secara hati-hati tentang apa itu barang "publik" dan apa itu barang "privat." Untuk menghindari kebingungan tersebut, Starr mendefinisian privatisasi dalam pengertian politik dan ekonomi. Secara politik,

privatisasi bermakna pertama, seluruh pergeseran aktivitas dan fungsi dari negara kepada sektor swasta. Dalam definisi privatisasi yang luas ini, termasuk di dalamnya adalah mengurangi seluruh regulasi dan pembelanjaan aktivitas negara. Dalam pengertian politik ini, Sheila B. Kamerman dan Alfred J. Khan, mendefinisikan privatisasi sebagai (1) seluruh pergeseran aktivitas atau fungsi dari negara kepada sektor swasta; (2) lebih khusus lagi, seluruh pergeseran dari publik kepada sektor swasta dalam produksi barangbarang dan pelayanan; dan kedua yang lebih khusus adalah seluruh pergeseran produksi barang-barang dan pelayanan dari publik kepada swasta. Dalam pengertian ini, privatisasi tidak termasuk deregulasi dan pemotongan anggaran kecuali ketika mereka menghasilkan pergeseran dari publik menjadi swasta dalam produksi barang-barang dan jasa-jasa.

Masih menurut Starr, dari definisi privatisasi secara politik di atas, masih dibutuhkan sejumlah klarifikasi. Pertama, sektor publik yang dimaksud termasuk agensi-agensi pemerintah sebagai bagian dari negara dan organisasi-organisasi yang dimilikinya, seperti perusahaan negara dan otoritas publik independen. Starr mencontohkan British Broadcasting Corporation (BBC). Kedua, privatisasi di sini merujuk pada pergeseran dari sektor publik ke sektor swasta, bukan pergeseran di dalam sektor. Perubahan dari sebuah agensi pemerintah menjadi sebuah otoritas publik otonom atau perusahaan yang dimiliki negara, tak bisa disebut sebagai privatisasi. Ia mencontohkan perubahan the United States Post Office ke dalam sebuah korporasi publik, the United States Postal Services, pada 1917. Perubahan dari sebuah organisasi non-profit menjadi perusahaan pencetak untung, juga tak bisa disebut privatisasi; ketiga, pergeseran dari publik ke privat untuk memproduksi pelayanan mungkin menghasilkan tidak hanya sebuah tindakan pemerintah yang disengaja, seperti menjual aset-aset, tapi juga dari sebuah pilihan individu atau firma-firma dimana pemerintah enggan atau tidak sanggup memenuhi kepentingan publik; dan keempat, jika satu pergeseran perhatian dari wilayah produksi ke wilayah konsumsi, mungkin salah satu alternatifnya adalah memberi definisi privatisasi sebagai substitusi barang-barang swasta untuk barang-barang publik.

Adapun secara ekonomi, ada dua pendekatan teoritik dalam memahami privatisasi yakni, dari sudut pandang radikal yang memahami privatisasi sebagai penegasan atas hak-hak kepemilikan. Dasar pandangan ini bertolak dari teori tentang hak-hak kepemilikan (*the theory of property rights*) dan teori pilihan publik (*the theory of public* 

*choice*); kedua, pandangan yang lebih moderat, pandangan yang lazim bahwa privatisasi sebagai sebuah instrumen untuk menempatkan secara tepat sektor ekonomi ketiga.

Pendekatan ketiga adalah pendekatan ekonomi-politik, melihat privatisasi sebagai proyek politik dari klas dominan untuk melakukan akumulasi kapital. Dalam pengertian ini, privatisasi tidak hanya berarti pergeseran peran dan fungsi dari pemerintah kepada swasta tapi, juga sebuah proyek untuk melemahkan dan mengontrol kekuatan kelas pekerja. Itu sebabnya, dalam perspektif ini sebagai bagian dari doktrin neoliberal, gagasan utama di belakang proyek privatisasi adalah, kredo Private is good, public is bad, sehingga dibutuhkan pendefinisian ulang peran negara dalam pasar. Dalam kerangka pikir ini, privatisasi berarti "...pemindahan kepemilikan industri dari pemerintah ke sektor swasta yang berimplikasi bahwa dominasi kepemilikan akan berpindah ke pemegang saham swasta.

Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa privatisasi merupakan suatu proses pergeseran peran dan fungsi dari publik ke swasta dalam rangka pemenuhan kebutuhan. Artinya bahwa dengan pergeseran peran dan fungsi tersebut membantu pemerintah dalam mengurangi pengeluaran belanja dan memudahkan masyarakat di dalam mendapatkan pelayanan.

Alat kontrasepsi sudah menjadi suatu kebutuhan masyarakat di dalam bidang keluarga berencana sehingga pemerintah sebagai pelayan publik harus menyediakannya, ketika pemerintah tidak mampu memberikan pelayanan secara maksimal atau menyediakan alat kontrasepsi kemudian pemerintah membuka peluang bagi swasta untuk menyediakan dan memberikan pelayanan kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan alat kontrasepsi.

### 2. Tujuan dan Metode Privatisasi

Bank Dunia dalam rekomendasinya kepada pemerintah Indonesia menyatakan, tujuan privatisasi adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan efisiensi dan investasi di bawah pengelolan manajemen swasta;
- 2) Meningkatkan pendapatan BUMN yang diprivatisasi sebagai perubahan peran pemerintah dari pemilik badan usaha menjadi regulator;
- 3) Mendorong sektor swasta untuk lebih berkembang dan meluaskan usahanya pada pelayanan publik; dan

4) Untuk mempromosikan pengembangan pasar modal nasional.

Paket departemen keuangan Inggris tentang privatisasi yang diterbitkan pada 1986, menyatakan bahwa program privatisasi memiliki dua tujuan utama:

- 1) Untuk mempromosikan "kompetisi" dan peningkatan "efisiensi," sinerji antarperusahaan harus dilakukan. Spirit "kompetisi" merupakan cara terbaik untuk meyakinkan bahwa barang dan jasa yang diinginkan oleh konsumen dapat disediakan pada biaya ekonomi terendah;
- 2) Program privatisasi sering digunakan untuk mempromosikan kepemilikan saham secara lebih luas kepada para pekerja dan masyarakat.

### D. Alih Peran Pemerintah kepada Swasta dalam Pelayanan Kontrasepsi

Sejak pelaksanaan desentralisasi, sesuai dengan Keppres Nomor 09 Tahun 2004, yang melimpahkan sebagian kewenangan di bidang keluarga berencana kepada pemerintah kabupaten/ kota, program KB Nasional mengalami masa yang sangat menentukan. Salah satu isu strategis dan tantangan utama yang dihadapi adalah kelangsungan program. Melalui program keluarga berencana telah dikembangkan usaha untuk menumbuhkan keikutsertaan sektor swasta dalam penanganan program kependudukan dan keluarga berencana. Diusahakan untuk menciptakan iklim yang memberikan kemudahan dan keleluasaan pada masyarakat agar mampu meningkatkan peranannya. Hal ini dilakukan melalui mobilisasi sumber daya, dana dan sarana. Dengan demikian, secara bertahap masyarakat dapat mengusahakan dan membiayai sendiri pelayanan keluarga berencana sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan masing-masing.

Masalah kependudukan merupakan masalah jangka panjang dan tidak dapat diselesaikan dalam waktu singkat. Oleh karena itu, kegiatan peningkatan kesadaran masyarakat yang telah mulai diusahakan beberapa tahun lalu terus ditingkatkan. Dalam kaitan ini, kegiatan peningkatan kesadaran terhadap masalah kependudukan dan keluarga berencana diarahkan kepada semua lapisan masyarakat baik yang masih muda, yang mendekati masa subur maupun yang sudah dalam masa subur. Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat, pengelolaan program keluarga berencana akan dapat dialih perankan kepada masyarakat. Keadaan ini selanjutnya akan dapat membawa dampak

positif terhadap pelembagaan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera di masyarakat.

Semakin luas wilayah dan jangkauan program keluarga berencana dan semakin meningkat kesadaran masyarakat untuk melaksanakan keluarga berencana semakin meningkat kebutuhan kontrasepsi. Hal ini harus diimbangi dengan peningkatan ketersediaan alat obat kontrasepsi jalur swasta, sarana pelayanan baik dari segi jumlah, kemudahan, frekuensi maupun kualitas. Sarana-sarana utama pelayanan kepada masyarakat adalah klinik keluarga berencana, rumah sakit yang memberikan pelayanan keluarga berencana, dan Tim Keluarga Berencana Keliling (TKBK). Sementara itu, pos KB Desa, PPKBD dan Sub-PPKBD juga menjadi sarana pelayanan dalam pengertian pendistribusian pil dan kondom.

Peningkatan partisipasi masyarakat merupakan salah satu usaha yang dilakukan untuk memperluas jangkauan program keluarga berencana dan kependudukan. Di daerah perkotaan, usaha ini ditunjang oleh dokter dan bidan praktek swasta yang tidak saja memberikan alat kontrasepsi tetapi juga menerima rujukan. Di daerah pedesaan, partisipasi PPKBD dan Sub-PPKBD dalam pendistribusian pil dan kondom merupakan bentuk partisipasi masyarakat yang sangat penting.

Kecendurangan meningkatnya peranan swasta dalam pelayanan KB/KR, lebih memberikan penguatan terhadap kebijakan untuk meningkatkan peranan swasta dalam pelayanan KB/KR. Pemerintah mendorong sektor swasta baik yang bergerak dalam penyediaan alat/obat kontrasepsi maupun dalam pelayanan KB/KR. Setiap kontrasepsi baru yang sudah mendapatkan izin dan teregistrasi oleh dan di BPOM, dipersilahkan untuk berpartisipasi dalam upaya meningkatkan jaminan ketersediaan kontrasepsi bagi sektor swasta.

Oleh karena itu, dapat disimpulkan alih peran pemerintah ke swasta dalam pelayanan kontrasepsi di artikan sebagai langkah atau terobosan yang di ambil oleh pemerintah di dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat yang semakin tinggi akan alat kontrasepsi dan memberikan kemudahan kepada masyarakat di dalam mendapat pelayanan. Sehingga masyarakat juga mempunyai pilihan untuk mendapat pelayanan yang terbaik, baik itu dari pemerintah atau sektor swasta.

### E. Peran Pemerintah dalam Laju Penurunan Penduduk

Pembangunan kependudukan dan keluarga kecil berkualitas merupakan langkah penting dalam mencapai pembangunan berkelanjutan. Hal ini diselenggarakan melalui pengendalian kuantitas penduduk dan peningkatan kualitas insani dan sumber daya manusia. Karakteristik pembangunan antara lain dilaksanakan melalui pengendalian pertumbuhan penduduk, keluarga berencana, dan dengan cara pengembangan kualitas penduduk, melalui pewujudan keluarga kecil yang berkualitas dan mobilitas penduduk. Dalam kaitan itu, aspek penataan administrasi kependudukan merupakan hal penting dalam mendukung perencanaan pembangunan, baik di tingkat nasional maupun daerah.

Masih tingginya laju pertumbuhan dan jumlah penduduk Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat, meskipun laju pertumbuhannya dapat dikendalikan sehingga semakin menurun. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk (SP) 1990 dan 2000, jumlah penduduk Indonesia 179,4 juta jiwa dan 206,3 juta jiwa, dengan laju pertumbuhan penduduk 1,49 persen per tahun pada periode 1990–2000, lebih rendah dari laju pertumbuhan penduduk periode 1980-1990 (1,97 persen). Meskipun telah terjadi penurunan pertumbuhan penduduk karena menurunnya angka kelahiran, namun secara absolut pertambahan penduduk Indonesia masih akan meningkat sekitar 3 sampai 4 juta jiwa per tahun. Hal ini disebabkan belum terkendalinya angka kelahiran pada tahun 1970-an, sehingga terjadi peningkatan jumlah penduduk pasangan usia subur yang relatif lebih cepat dibanding kelompok usia sebelumnya, atau timbulnya momentum kependudukan.

Pembangunan sosial ekonomi telah memberikan dampak positif terhadap masalah kependudukan. Sejalan dengan usaha tersebut dan mengingat masih tingginya tingkat kelahiran, telah pula dilakukan usaha yang dapat memberikan dampak langsung terhadap penurunan tingkat kelahiran serta mempercepat laju penurunannya. Usaha tersebut dilakukan melalui program keluarga berencana.

Kecenderungan meningkatnya angka prevalensi merupakan hasil dari peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB, serta ketersediaan alat kontrasepsi. Dengan demikian angka prevalensi perlu terus ditingkatkan agar angka kelahiran terkendali sehingga dapat mencapai kondisi penduduk tumbuh seimbang. Oleh karena itu peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB, dan penyediaan alat kontrasepsi menjadi sangat penting untuk menurunkan tingkat kelahiran.

Persoalan ketersediaan kontrasepsi inilah menjadi fokus pemecahan masalah tingkat keberlangsungan penggunaan kontrasepsi atau dengan kata lain untuk menjaga tingkat privalensi yang stabil. Oleh karena itu pada era reformasi dan desentralisasi ini pemerintah dalam hal ini BKKBN Pusat sangat terbatas kemampuannya dari sisi baget pengadaan alat/obat kontrasepsi bagi semua pasangan usia subur baik bagi calon peserta KB Baru dan maupun untuk menjaga kelangsungan penggunaan kontrasepsi bagi peserta KB Aktif khususnya kontrasepsi Suntikan yang penggunaannya per tiga bulan sekali, PIL dengan penggunaan setiap bulan , keterbatasan ini mengakibatkan munculnya kebijakan penyediaan kontrasepsi hanya bagi keluarga/PUS miskin atau dalam kreteria BKKBN bagi keluarga Pra Sejahtera dan keluarga Sejahtera I, artinya keluarga/PUS Pra Sejahtera II keatas harus menyediakan diri sendiri melalui jalur kemandirian (Dokter/Bidan praktek swasta dan Apotik).

## F. Administrasi Pembangunan dan Kependudukan

## 1. Paradigma Pembangunan

Sebagai langkah awal, pembangunan kerapkali dipahami sebagai serangkaian upaya untuk memperbaiki kehidupan masyarakat, melalui langkah pencapaian pertumbuhan ekonomi yang tinggi, dengan dukungan stabilitas politik yang mantap yang kemudian memunculkan asumsi bahwa:

- (1) Seolah-olah pertumbuhan ekonomi yang tinggi akan dengan sendirinya membawa kenaikan hidup bagi masyarakat kebanyakan;
- (2) Pertumbuhan ekonomi yang tinggi berarti roda produksi telah membuka lapangan kerja dan menggairahkan pasar sehingga dapat menjawab kebutuhan masyarakat;
- (3) Dinamika politik merupakan hambatan bagi pertumbuhan ekonomi akibat terlalu sibuknya masyarakat untuk urusan-urusan politik; dan
- (4) Realitas kebudayaan masyarakat dipandang sebagai kendala kemajuan sehingga ekonomi dapat merubah kebudayaan lama dan menggantikannya dengan kebudayaan yang moderen (Juliantara, 2000, h. 11-12).

Dari asumsi-asumsi ini, pembangunan menyebar luas, menjadi buah bibir dan menjadi momentum pada setiap kegiatan atau peristiwa-peristiwa yang mengingatkan kita bahwa segala gerak hidup masyarakat harus mendukung pembangunan, bahkan dengan slogan yang populer "... dengan sangat ... kita tingkatkan pembangunan ..."

yang seakan-akan membelenggu kehidupan masyarakat dan kehidupan masyarakat dan kehidupanpun terkesan akan terhenti tanpa ada pembangunan.

Pembangunan itu sendiri menurut Roupp 1953 dalam Supriatna (2000, h. 28) pada dasarnya adalah "signifies change from something trought to be more desirable", perubahan dari suatu keadaan kearah yang lebih baik atau yang diinginkan. Pembangunan terkait dengan nilai, strategi dan indikator yang diinterpretasikan sesuai dengan perspektif dimana dan oleh siapa pembangunan itu dilakukan (Supriatna, 2000, h. 28). Setidaknya bagi bangsa Indonesia, pembangunan diartikan sebagai usaha untuk memajukan kehidupan masyarakat dan warga negara yang sering ditafsirkan sebagai kemajuan material dan ekonomis, yang kemudian dengan mengatasnamakan pembangunan pemerintah dapat melakukan berbagai tindakan, mulai dari tindakan yang memunculkan persepsi positif dalam bentuk kemajuan-kemajuan ekonomi dan material sampai kepada munculnya nada-nada miring bagi sekelompok masyarakat tertentu yang menganggap pembangunan justru sebagai pembawa malapetaka yang memberangus mereka (Budiman, 2000, h. 12). Lebih lanjut Budiman (2000, h. 13-14) mengemukakan bahwa pembangunan meliputi dua unsur pokok yaitu : (1) masalah-masalah materi yang hendak dihasilkan dan dibagi; dan (2) masalah-masalah menyangkut manusia yang menjadi pengambilan inisiatif dan menjadi manusia pembangunan.

Pembangunan yang berlangsung di berbagai negara termasuk Indonesia, biasanya diwarnai oleh serangkaian mata-rantai peitosan terhadap paradigma pembangunan tertentu, pada kurun waktu tertentu sebagai acuan sampai munculnya paradigma baru yang menggantikan ataupun melengkapinya (Tjokrowinoto, 1999, h. 216). Paradigma pembangunan dari sudut pandang kajian berdasarkan lensa disiplin ilmu, setidaknya dapat dipahami sebagai serangkaian kepercayaan yang diterima tanpa dipertanyakan, yang dipegang bersama oleh politisi maupun praktisi dalam suatu disiplin ilmu tertentu yang ditandai oleh generalisasi simbolis, komitmen bersama dari anggota disiplin ilmu tertentu kepada serangkaian kepercayaan dan nilai bersama" (Zauhar, 1996, h. 39). Pandangan lain mengenai paradigma adalah sebagai "teori dasar atau cara pandang yang fundamental, yang dilandasi nilai-nilai tertentu dan berdasarkan teori pokok, konsep dan metodologi atau cara pendekatan yang dapat dipergunakan para teoritis dan praktisi dalam menanggapi sesuatu permasalahan, baik dalam kaitan pengembangan ilmu maupun

dalam upaya pemecahan permasalahan bagi kemajuan hidup dan kehidupan kemanusiaan (Zauhar, 1996, h. 4).

Pada mulanya, paradigma pembangunan didominasi oleh pemikiran bahwa pembangunan adalah pertumbuhan ekonomi yang diukur dengan PNB dan GDP, GDP per-kapita dan GNP per-kapita (Budiman, 2000, h. 2-3) yang berarti bahwa pembangunan dinilai atau diukur dari kekayaan keseluruhan suatu bangsa. Paradigma ini dikenal dengan paradigma pertumbuhan yang tercetus dalam gagasan Rostow 1960 dalam karyanya yang terkenal "the state of economic growth", yang membagi tahap pertumbuhan ekonomi suatu bangsa menjadi lima tahap yaitu: (1) masyarakat tradisional; (2) masyarakat pra-kondisi tinggal landas; (3) masyarakat menuju tahap kedewasaan; dan (5) masyarakat konsumsi tingkat (Soeprapto, 2000, h. 78). Janji-janji manis yang dilontarkan oleh paradigma ini melalui kosep "trickle-down development and production centered-nya" ternyata kemudian menimbulkan berbagai polarisasi bahkan kesenjangan sosial (Tjokrowinoto, 1999, h. 217), dan tak ayal lagi terkesan mengesampingkan nilainilai kemanusiaan karena "trickledown effect" yang dijanjikan ternyata tidak pernah sampai pada hampir sebagian besar masyarakat miskin yang berada jauh dari sentrasentra pembangunan perkotaan (Supriatna, 2000, h. 15).

Ternyata model pertumbuhan ekonomi yang dikemukakan Rostow dan mendominasi pemikiran dalam paradigma pembangunan yang berorientasi pada pertumbuhan banyak mendapat kecaman, disamping hanya memberikan manfaat pada segelintir orang, juga mengesampingkan atau meminggirkan kelompok miskin (Supriatna, 2000, h. 15). Seers, misalnya mengecam dengan sinis bahwa strategi pembangunan yang berorientasi pada pertumbuhan membutakan diri terhadap pemerataan, keadilan dan kemiskinan serta ketimpangan,yang kemudian menggugah para pemikir dan para perencana serta pengambil kebijakan pembangunan untuk lebih mengarahkan perhatian pada peningkatan kualitas hidup melalui pemenuhan kebutuhan dasar, keadilan dan kesejahteraan sosial atau "redistribution with growth" (Cennery el al, dalam Soeprapto, 2000, h. 78). Dikembangkanlah kemudian indikator-indikator PQLI seperti yang kemukakan oleh Moris dan Myrdal yang mengemban misi untuk membawa manfaat pembangunan dalam bentuk kemakmuran yang merata kepada masyarakat secara langsung dengan disertai pertumbuhan dan produktifitas yang tinggi (Budiman, 2000, h. 5).

Dalam perkembangannya lebih lanjut, paradigma pembangunan yang menggunakan PQLI dengan konsep "welfare with distribution" ternyata hanya menjadikan masyarakat sebagai kelompok sasaran atau objek yang pasif dan menimbulkan ketergantungan terhadap pemerintah sebagai mesin pembangunan, negara-negara donor, dan bahkan pembangunan telah menjelma menjadi pengurasan secara berlebihan terhadap sumberdaya alam dan lingkungan, yang jika dibiarkan berlanjut terus, pembangunan justru akan berubah menjadi bencana bagi umat manusia (Tjokrowinoto, 1999, h. 217-218). Keadaan yang demikian ternyata menimbulkan berbagai kritikan sengit yang datang antara lain dari Korten 1984 yang menganjurkan bahkan menekankan masyarakat sebagai penerima manfaat pembangunan tidak semata-mata dijadikan objek, namun mereka harus berpartisipasi dan mengaktualisasikan diri mereka dalam berbagai proses pemabangunan (Budiman, 2000, h. 7 dan Tjokrowinoto, 1999, h. 217). Kritikan tersebut kemudian menjadi tonggak munculnya paradigma "people centered development" yang memfokuskan pada manusia atau "human growth" disertai dengan kesejahteraan dan pemerataan serta keadilan atau "well being and equity" dengan tidak melupakan keberlanjutan dan keseimbangan antara manusia, tujuan-tujuan pembangunan dan lingkunagn hidup atau "sustainability and balanced human ecology" (Supriatna, 2000, h. 17; Soeprapto, 2000, h. 78).

## 2. Pembangunan Berwawasan Kependudukan

Pembangunan berwawasan kependudukan pada dasarnya ditujukan untuk menjamin keberlangsungan hidup seluruh manusia pada tingkat individu ataupun agregat dengan tidak lagi hanya berdimensi lokal atau nasional, akan tetapi juga internasional. Hal ini perlu ditegaskan agar pembangunan kependudukan tidak lagi dipahami secara sempit sebagai usaha untuk mempengaruhi pola dan arah demografi semata. Namun demikian sasarannya jauh lebih luas, yaitu untuk mencapai kesejahteraan masyarakat baik dalam arti fisik maupun non fisik termasuk spiritual, baik untuk generasi sekarang maupun generasi mendatang. Oleh karena itu pembangunan berwawasan kependudukan sangat terkait erat dengan upaya mewujudkan pembangunan berkelanjutan.

Sementara itu dalam diskusi mengenai keterkaitan antara kependudukan dengan pembangunan, ada tiga hal lain yang patut diperhatikan. Pertama, keadaan atau kondisi kependudukan yang ada sangat mempengaruhi kebijakan pembangunan yang dilakukan

oleh pemerintah. Kedua, dampak perubahan dinamika kependudukan baru akan terasa dalam jangka waktu yang lama, sehingga sering kali kepentingannya diabaikan. Ketiga, karena luasnya cakupan masalah kependudukan, maka pembangunan kependudukan harus dilakukan secara lintas sektor dan lintas bidang. Oleh karenanya dibutuhkan bentuk koordinasi dan pemahaman mengenai konsep secara benar. Hal itu dapat dilakukan jika ada acuan yang dapat digunakan sebagai dasar bagi semua "stakeholders".

Alasan lain yang cukup penting adalah bahwa apabila kebijakan kependudukan diletakkan dalam konteks pembangunan, maka mempersoalkan sustainabilitas atau keberlangsungannya merupakan suatu keharusan. Artinya, tujuan untuk mensejahterakan tidak hanya terbatas untuk saat ini, akan tetapi juga harus mampu menjamin bahwa kesejahteraan masyarakat akan berkesinambungan untuk generasi mendatang. Dengan demikian kebijakan kependudukan juga harus diletakkan dalam bingkai kebijakan pembangunan jangka panjang.

Masalah utama yang dihadapi oleh negara berkembang, khususnya Indonesia adalah masalah ekonomi yang terbelenggu dalam tatanan lingkungan ekonomi dunia yang tidak selalu dapat menjamin terwujudnya pembangunan yang berkelanjutan. Disamping itu sebagian besar negara berkembang juga mengalami permasalahan pertumbuhan penduduk yang sangat cepat, pengurasan sumber daya alam dan menipisnya persediaan makanan, pengerusakan lingkungan alam, dan diperberat oleh perubahan pola konsumsi penduduk yang tidak seimbang dengan produksinya.

Secara umum terdapat tiga area yang menjadi fokus kebijakan kependudukan di Indonesia. Pertama adalah pengedalian kuantitas penduduk. Di dalam kebijakan ini yang paling menonjol adalah pengelolaan kuatitas penduduk melalui pengaturan kehamilan dan kelahiran (program keluarga berencana) dan penurunan kematian (program kesehatan). Kedua adalah peningkatan kualitas penduduk melalui program kesehatan dan pendidikan. Ketiga adalah pengarahan mobilitas penduduk utamanya melalui program transmigrasi dan pembangunan wilayah. Disamping itu penyempurnaan sistem informasi kependudukan juga menjadi fokus kebijakan kependudukan di Indonesia.

Namun jika diperhatikan secara lebih mendalam maka selama ini kebijakan dan program kependudukan di Indonesia sangat menitikberatkan pada upaya untuk mengelola pertumbuhan penduduk melalui keluarga berencana. Tidak seperti di banyak Negara lain,

program keluarga berencana di Indonesia tidak semata-mata berupa pelayanan kontrasepsi kepada pasangan yang membutuhkan.

Kendati pun pendekatan yang dilakukan untuk menangani persoalan kependudukan bersifat pengaturan terhadap tingkat kelahiran, dengan KB sebagai agenda utamanya, dibalik kegiatan praktis itu sebenarnya terdapat dasar-dasar pemikiran yang mendalam dan bersifat strategis. Dasar-dasar pemikiran itu merupakan jawaban (response) Indonesia terhadap perubahan sosial yang dinamis, yang menyangkut modernisasi masyarakat nusantara serta kebutuhan untuk menyesuaikan struktur perkembangan keluarga dan masyarakat yang diarahkan untuk mencapai sebuah cita-cita besar keluarga berkualitas.

Perhatian masyarakat internasional mengenai perlunya integrasi kebijakan kependudukan kedalam pembangunan telah berlangsung cukup lama. Hal itu dapat diamati dari deklarasi yang dihasilkan sejak dari konferensi kependudukan sedunia tahun 1974 di Bucharest, dilanjutkan di Mexico City tahun 1984 sampai dengan di Cairo pada tahun 1994 yang secara konsisten menekankan bahwa integrasi kebijakan kependudukan dan pembangunan merupakan hal yang penting. Perbedaannya adalah adanya pergeseran isu sentral dan cara pendekatan pada masing-masing konferensi sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang.

Pada koferensi kependudukan sedunia di Bucahrest tahun 1974, disepakati perlunya mengendalikan pertumbuhan penduduk. Mulai saat itu terjadi perubahan paradigma pembangunan kependudukan dari Pro-natalis ke anti-natalis. Argumentasinya didasarkan pada pendapat Malthus bahwa pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali akan berdampak buruk bagi peningkatan kesejahteraan umat manusia. Pada era tersebut penanganan masalah pengaturan kelahiran dilakukan dengan pemakaian alat kontrasepsi.

Pada konferensi kependudukan sedunia di Mexico tahun 1984, isu pengelolaan pertumbuhan penduduk berubah dari penggunaan alat kontrasepsi kepada pembangunan dalam arti luas (beyond family planning). Dasar pemikirannya adalah bahwa pembangunan, baik ekonomi maupun sosial, akan berdampak pada pembentukan norma tertentu mengenai jumlah anak. Hal ini didasarkan pada berbagai hasil studi yang menunjukkan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi keluarga akan berdampak pada semakin sedikitnya jumlah anak yang mereka miliki.

Oleh karena itu dalam upaya pengaturan kelahiran yang dibutuhkan bukan pelaksanaan program keluarga berencana dalam arti pelayanan kontrasepsi namun yang lebih diperlukan adalah pembangunan sosial ekonomi. Namun pada kenyataannya kerangka piker tersebut banyak tidak berjalan di berbagai negara. Pertama, di banyak Negara pembangunan ekonomi dan sosial membutuhkan waktu yang lama. Bahkan dalam beberapa kasus banyak negara yang terjebak dalam kemiskinan sehingga mengalami kesulitan untuk membangun kondisi ekonominya. Kedua, apabila tujuannya untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk maka program keluarga berencana terbukti sebagai suatu program yang efektif.

Selain itu, pada periode sebelum ICPD Cairo 1994, perhatian terhadap isu kependudukan lebih difokuskan pada upaya pengendalian kuantitas penduduk. Akibatnya, sebelum koferensi tersebut peran Negara dalam menentukan arah kebijakan terasa lebih dominan dibandingkan dengan peran penduduk (individu). Upaya tersebut dimanifestasikan lebih kepada pendekatan demografi yaitu pengaturan kelahiran, penurunan kematian serta pengarhan mobolitas penduduk.

Secara ideal setiap kebijakan publik termasuk juga kebijakan kependudukan perlu mempertimbangkan tiga level kepentingan, yaitu individu. Masyarakat dan negara atau wilayah secara seimbang. Dengan demikian sebagai bagian dari kebijakan publik, tujuan akhir dari kebijakan kependudukan juga harus mendukung perbaikan kondisi sosial ekonomi individu, negara dan masyarakat (Keyfitz dalam Sukamdi, 1992). Bahkan, kesejahteraan individu merupakan tujuan yang harus dikedepankan, sebab dengan tercapainya kesejahteraan individu secara merata, secara otomatis kesejahteraan masyarakat pada umumnya juga akan tercapai.

Sebaliknya, kesejahteraan masyarakat atau negara secara agregat tidak selalu berarti kesejahteraan individu yang ada dalam agregasi tersebut juga tercapai. Akan tetapi kenyataan yang terjadi justru sebaliknya, kecenderungan yang dominan adalah kepentingan negara (national interest) yang lebih menonjol. Selanjutnya, berdasarkan logika negara, kepentingan tersebut diterjemahkan kedalam level masyarakat dan individu. Masalah yang sering kali muncul bahwa ketiga kepentingan tersebut tidak selalu cocok atau sejalan, sehingga dalam beberapa kasus hak individu dan masyarakat terabaikan ketika kepentingan negara menjadi segala-galanya. Atas nama kepentingan

negara, target kuantitatif harus segera tercapai, sehingga dalam berbagai program kependudukan tekanannya lebih kepada aspek makro dari pada mikro. Pada saat kepentingan negara lebih terdepankan, maka akan muncul pelanggaran hak individu dan isu mengenai hak asasi manusia (HAM).

Arus pemikiran tentang hak asasi manusia menjadi semakin berkembang secara global (internasional) pada periode akhir tahun 80-an. Untuk kependudukan, pembahasan secara eksplisit berkembang dalam ICPD Cairo 1994, yang kemudian dikenal dengan right-based approach. Di dalam konferensi ini penekanan dilakukan terhadap tiga isu pokok yaitu: dignity of individual, human rights, dan social values. Secara implisit ketiga aspek tersebut meletakkan hak individu sebagai perhatian pokok dalam pembangunan kependudukan. Di samping itu konferensi ini juga menegaskan bahwa manusia merupakan pusat perhatian dalam pembangunan berkelanjutan, karena penduduk merupakan sumber daya yang paling penting dan paling bernilai.

ICPD Cairo tahun 1994 dapat dipandang sebagai momentum perubahan mendasar pendekatan masalah kependudukan dalam pembangunan. Meskipun demikian, menurut Jones (1998) perubahan tersebut bukanlah berlangsung tiba-tiba, namun melalui proses yang cukup panjang yaitu sejak tahun 1985. Beberapa karya yang cukup mempengaruhi perubahan kerangka konsep kependudukan dalam pembangunan antara lain dikembangkan oleh Rosenfield dan Maine (1985) yang memberikan nuansa kesehatan masyarakat. Germain (1987) memberikan penekanan pada pemberdayaan perempuan, Dixon-Muller, 1993 serta Sen, Germain dan Chen (1994) yang juga memberikan penekanan pada pemberdayaan perempuan dan hak individu.

Sejak ICPD Cairo 1994, disadari bahwa dengan mengatur pertumbuhan penduduk saja tidak mungkin dapat mencapai sasaran pembangunan kependudukan secara utuh, sehingga harus ada penanganan masalah-masalah kependudukan penting lainnya. Maslah penting tersebut misalnya tentang keterkaitan perkembangan kependudukan dengan keberlangsungan pembangunan ekonomi, sosial, dan lingkungan, atau yang lebih dikenal dengan pembangunan berkelanjutan. Dalam hal ini masalah pembangunan berkelanjutan global sangat dipengaruhi oleh penanganan perkembangan kependudukan di setiap negara. Oleh karena itu, menjadi kewajiban kita bersama negara maju untuk mewujudkan tujuan global yang telah diatur dalam kebijakan kependudukan atau yang dikenal dengan

Program of Action of International Conference on Population and Development, 1994 (ICPD PoA, 1994).

Oleh karena isu yang terkait dengan persoalan kependudukan cukup banyak dan kompleks, ICPD Cairo 1994 memberikan penekanan pada beberapa aspek yang harus ditangani, antara lain:

- 1. Setiap pasangan dan individu berhak memiliki kehidupan kesehatan reproduksi yang baik, termasuk di dalamnya keluarga berencana dan kesehatan seksual. Ukuran yang dipakai untuk melihat kemajuan pelaksanaan tujuan tersebut adalah: *Maternal Mortality Rate (MMR)*, tingkat kelahiran wanita usia di bawah 20 tahun (*Adolescent Fertility Rate*), prevalensi HIV pada kelompok usia 15-24 tahun dan wanita hamil, tingkat kematian anak usia di bawah 5 tahun (*under-five mortality rate*), dan pasangan suami isteri yang ingin ber KB namun belum dapat dilayani (*Unmet need*).
- 2. Negara memperhatikan hubungan timbal balik antara dinamika kependudukan dengan pembangunan berkelanjutan dan kemiskinan, termasuk dampak dari HIV/AIDS. Ukuran yang dipakai untuk menilai kemajuan adalah: usia harapan hidup waktu lahir menurut jenis kelamin, proporsi penduduk yang mempunyai kemampuan daya beli di bawah US\$ 1 per hari, tingkat kemiskinan (*Poverty headcount ratio*), dan beban ketergantungan (*dependency ratio*).
- 3. Tercapainya keadilan dan kesetaraan gender. Ukuran yang dipakai untuk melihat kemajuan meliputi: rasio murid perempuan dengan murid laki-laki pada Sekolah Dasar dan Sekolah Lanjutan Pertama, tingkt melek huruf di kalangan perempuan usia 15-24 tahun, dan proporsi perempuan yang menjadi anggota parlemen.

Sebagai negara yang berpartisipasi aktif dan menandatangani deklarasi ICPD 1994, Indonesia berupaya untuk memenuhi komitmennya terhadap program aksi tersebut. Walaupun demikian, pelaksanaan program aksi tersebut tetap mengacu pada kondisi norma sosial budaya serta peraturan yang berlaku di Indonesia. Kebijakan serta program kependudukan dan keluarga berencana di Indonesia saat ini telah diupayakan sejalan dengan program aksi ICPD 1994.

Undang-undang No. 25 tahun 2000, tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) pada bagian pembangunan kependudukan telah diselaraskan dengan program aksi ICPD 1994. Sebagai upaya yang lebih mendasar bagi tersedianya landasan hukum

kebijakan dan program kependudukan dan keluarga berencana di Indonesia yang akan datang, DPR tengah menggunakan hak inisiatifnya untuk melakukan perubahan atas Undang-undang No.10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera. Penggunaan hak inisiatif ini didasarkan pada berbagai hasil analisis yang menunjukkan beberapa kelemahan dan kekurangan dalam UU tersebut, antara lain, ruang lingkup substansi yang terkandung di dalamnya belum seluruhnya mencakup program aksi ICPD 1994.

Meskipun hingga saat ini landasan hukum bagi pengembangan kebijakan dan program yang selaras dengan program aksi ICPD 1994 masih terdapat kekurangan, upaya pelaksanaan program aksi tersebut tetap dilaksanakan. Pasca ICPD 1994, pada tingkat nasional, regional dan provinsi telah dilakukan banyak upaya, salah satu di antaranya adalah membentuk komisi kesehatan reproduksi. Di samping itu dilakukan berbagai kegiatan advokasi untuk memberikan wawasan dan pemahaman tentang program aksi ICPD 1994 dalam konteks pembangunan nasional di Indonesia.

# 3. Kebijakan Kependudukan Kaitannya dengan Pencapaian Millenium Development Goals

Pada tahun 2000, hampir seluruh Kepala negara anggota PBB (termasuk Presiden Indonesia) menyepakati tujuan pembangunan global dalam bentuk deklarasi yang dikenal dengan Millenium Development Goals (MDGs). MDGs adalah sebagai hasil ringkasan berbagai kesepakatan sasaran pembangunan global sebelumnya, yang terjadi pada dasawarsa sembilan puluhan, termasuk di dalamnya hasil ICPD PoA 1994 dan Kesepakatan Bumi di Rio De Jenairo tentang pembangunan berkelanjutan serta follow-up masing-masing.

MDGs merupakan jawaban atas berbagai kritik strategi pembangunan yang terlalu menekankan pada pertumbuhan ekonomi. Banyak studi memperlihatkan bahawa strategi pembangunan yang menekankan pada pertumbuhan ekonomi tidak akan berkesinambungandan hanya akan memperbesar kesenjangan pendapatan antar golongan. Industrialisasi dan liberalisasi yang terlalu cepat akan meningkatkan jumlah pengangguran dan setengah menganggur. Demikian pula dalam pertumbuhan ada yang dinamakan dengan *limit to growth*. Konsep ini mengacu pada kenyataan bahwa suatu

pertumbuhan ada batasnya. Jika batas pertumbuhan terlampaui maka yang terjadi adalah pemusnahan terhadap hasil-hasil pembangunan tersebut.

Seluruh isu pokok tersebut telah banyak dibahas pada tingakat global dan nasional tentang upaya-upaya untuk mencapai sasaran masing-masing isu. Namun ada tiga aspek utama yang harus diperhatikan, yaitu: 1) keberhasilan pembangunan kependudukan adalah menjadi prasyarat tercapainya tujuan tersebut, 2) program KB sebagai program utama kesehatan reproduksi menjadi factor penentu keberhasilan sasaran terkait, termasuk pengentasan kemiskinan yang berkaitan dengan kuantitas dan kualitas penduduk, dan 3) jaminan kecukupan pembiayaan global dan nasional dalam implementasi program kependudukan, termasuk perlunya institusi pelaksna program yang jelas.

Dengan demikian, program KB yang telah dirintis selama lebih dari 3 dasawarsa tetap menjadi salah satu program utama bagi keberhasilan MDGs. Selain kebijakan di bidang KB, perlu penanganan kebijakan kependudukan lainnya secara komprehensif sesuai hasil kesepakatan global.

## 4. Integrasi Isu Kependudukan ke Dalam Strategi Pembangunan

Faktor-faktor kependudukan telah diintegrasikan dalam upaya-upaya pembangunan Indonesia dimaksudkan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dengan menjamin agar kebutuhan dasar dan pelayanan pangan, sandang, dan papan tersedia secara memadai, serta tersedianya pendidikan dan pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau. Bahkan sebelum ICPD 1994, Indonesia menikmati kenaikan jumlah lapangan kerja dan pendapatan, meningkatnya pendidikan anak laki-laki dan perempuan, menurunya tingkat kematian bayi dan anak, dan menurunnya tingkat kelahiran yang secara umum berkaitan dengan program keluarga berencana. Hal ini berdampak pada pengurangan laju pertumbuhan penduduk dan telah menyebabkan transisi demografi yang mengarah pada perubahan-perubahan struktur umur. Keadaan ini membawa konsekuensi ekonomidan sosial dalam kehidupan dan tanggung jawab pemerintah dalam menyediakan kebutuhan dasar dan pelayanan yang terus meningkat.

Pertumbuhan ekonomi merupakan faktor yang menjadi dasar berhasilnya programprogram pembangunan sosial. Namun demikian, pencapaian yang tinggi dalam pembangunan ekonomi yang disertai dengan penurunan pertumbuhan penduduk yang cepat selama tiga dekade lalu, terutama pada tahun 1990-an belum memadai untuk mendukung peningkatan kesejahteraan sosial. Krisis ekonomi pada tahun 1997 ditandai dengan meningkatnya pengangguran terbuka dan peningkatan jumlah masyarakat dengan kualitas pekerjaan yang terendah. Hal ini telah mengurangi kemampuan masyarakat untuk memperoleh kebutuhan-kebutuhan dasar, pendidikan dan pelayanan kesehatan masyarakat, terutama kesehatan reproduksi dan akses untuk memperoleh alat kontrasepsi. Pada saat yang bersamaan, era reformasi, demokratisasi dan desentralisasi telah menyita perhatian yang besar dari masyarakat. Komitmen politik untuk mengangkat pembangunan manusia dan sosial, termasuk program Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi, mengalami penurunan.

## G. Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi

## 1. Landasan Pelaksanaan Program

Ditengah berbagai dinamika politik, pemerintahan dan sosial ekonomi yang terjadi dalam era reformasi, pemerintah tetap memberikan komitmen yang memadai pada program keluarga berencana. Peraturan Presiden Republik Indonesia (Perpres) Nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2004-2009 menggariskan arah, kebijakan dan program KB Nasional periode lima tahun mendatang sebagai berikut:

"...Pembangunan kependudukan dan keluarga kecil berkualitas merupakan langkah penting dalam mencapai pembangunan berkelanjutan. Hal ini diselenggarakan melalui pengendalian kuantitas penduduk dan peningkatan kualitas insani dan sumberdaya manusia. Karakteristik pembangunan antara lain dilaksanakan melalui pengendalian pertumbuhan penduduk, keluarga berencana, dan dengan cara pengembangan kualitas penduduk, melalui perwujudan keluarga kecil yang berkualitas...".

Tahun 2005 merupakan tahun pertama pelaksanaan RPJM tersebut, sehingga visi dan misi program keluarga berencana nasional perlu segera diselaraskan agar tercapai sasaran yang diharapakan. Berbeda dengan tahun sebelumnya, arah pembangunan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi tidak ditetapkan oleh DPR, tetapi disusun oleh pemerintah untuk mendapatkan dukungan dana yang ditetapkan oleh Dewan Perwakilan Rakyat (DPR). Oleh sebab itu, semua program dan kegiatan Keluarga Berencana dan

Kesehatan Reproduksi perlu disusun dengan secara seksama, sehingga dapat dipertanggung jawabkan kepada publik.

Pada tahun 2004, DPR telah mengajukan usulan revisi Undang-undang Nomor 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera. Latar belakang dilakukannya revisi tersebut antara lain karena semakin melemahnya komitmen politis terhadap program Keluarga Berencana dan kependudukan pasca berlangsungnya reformasi dan desentralisasi. Padahal para wakil rakyat pengusul revisi undang-undang tersebut justru meraskan semakin pentingnya untuk menangani maslahmaslah KB dan kependudukan dalam era reformasi dan desentralisasi saat ini. Disamping itu, mengingat undang-undang tersebut disusun sebelum dilaksanakannya *International Conference on Population and Development* (ICPD) Kairo tahun 1994, maka berbagai kebijakan dalam kesepakatan global tersebut perlu diakomodasi di dalamnya.

Demikian juga masalah agenda pembangunan global yang disepakati pada tahun 2000 (*Millenium Development Goals* atau disingkat dengan MDGs) dijadikan pertimbangan dalam revisi undang-undang kependudukan dan pembangunan keluarga tersebut. Namun karena keterlambatan Pemerintah dalam memberikan tanggapan terhadap Revisi Undangundang Nomor 10 tersebut, DPR menarik kembali RUU tersebut untuk dibahas ulang pada tahun 2005-2006. Meskipun demikian pelaksanaan program KB dan Kesehatan Reproduksi masih memiliki landasan hukum yang kuat, yaitu Undang-undang nomor 10 tahun 1992 dan menjadi salah satu prioritas dalam RPJM 2004-2009.

## 2. Perjalanan dan Relevansi Program

Program Keluarga Berencana di Indonesia sebelum dan sesudah ICPD-1994 mengalami perubahan secara nyata. Pada kurun 70-an samapai 90-an awal, pelayanan KB sangat menekankan pada aspek demografis, yaitu pengendalian angka kelahira. Pasca ICPD-1994 kebijakan pelayanan KB lebih mengedepankan aspek hak azasi manusia (HAM) dalam arus pembangunan, sesuai dengan perkembangan mazhab pembangunan lainnya ditingkat global dan nasional. Perkembangan program KB dan KR kedepan perlu mengikuti arus perubahan seperti yang diharapkan pada ICPD 1994. Berikut adalah perkembangan program KB dan kesehatan reproduksi secara nasioanl serta relevansi dengan pencapaian sasaran pembangunan.

## a) Perjalanan Program KB Nasional

Program KB dan Kesehatan Reproduksi saat ini tidak hanya ditujukan untuk penurunan angka kelahiran, namun dikaitkan pula dengan tujuan untuk :

- 1) Pemenuhan hak-hak reproduksi;
- 2) Promosi, pencegahan, dan penanganan masalah-masalah kesehatan reproduksi dan seksual;
- 3) Kesehatan dan kesejahteraan ibu, bayi dan anak.

Karena itu program pelayanan KB kemudian dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan (integral) dari persoalan kesehatan reproduksi lainnya, seperti kematian maternal dan neonatal, kesehatan dan kehidupan seksual, maupun epidem HIV/AIDS serta masalah-masalah kehidupan seksual dan reproduksi remaja. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa ciri program KB dan kesehatan reproduksi ke depan memiliki cakupan yang lebih luas, tidak sekedar pelayanan.

## b) Mencakup Seluruh Siklus Kehidupan

Persoalan kesehatan reproduksi mencakup kepentingan bayi dalam kandungan sampai dengan usia lanjut. Kelahiran anak ideal adalah menjadi cita-cita semua orang yang merencanakan keluarganya. Bayi dalam kandungan sangat ditentukan oleh proses reproduksi ibunya serta kondisi keluarga mereka. Proses reproduksi wanita dimulai pada saat mereka usia remaja, yaitu pada saat anak gadis telah mengalami menarche. Proses reproduksi berakhir sampai dengan mereka mati haid. Pada laki-laki proses reproduksi dimulai pada saat anak tersebut mulai dapat menghasilkan sperma. Usia remaja memiliki risiko yang tinggi terhadap :

- 1) Terjadinya kehamilan sebelum menikah bagi remaja putri;
- 2) Tertular penyakit menular seksual, terutama HIV/AIDS; dan
- 3) Ketergantungan terhadap NAPZA.

Perempuan dalam proses kehamilan, melahirkan dan pasca melahirkan menjadi perhatian program-program kesehatan reproduksi karena proses tersebut sangat menentukan terhadap kualitas generasi mendatang. Demikian juga usia pasca reproduksi penuh resiko kesakitan, terutama kanker alat reproduksi sehingga mempengaruhi kualitas keluarga. Ciri program KB dan kesehatan reproduksi ke depan mencakup semua masalah dalam seluruh siklus kehidupan keluarga.

c) Program Mengutamakan Arus Gender

Dimasa lalu, persoalan pengaturan kelahiran lebih banyak difokuskan pada perempuan, sehingga terkesan bahwa keluarga berencana adalah urusan perempuan saja. Data berbagai survai menunjukkan bahwa dua (2) persen. Meskipun rendahnya pengguna kontrasepsi berkaitan pula dengan keterbatasan teknik kontrasepsi yang tersedia bagi pria, angka ini menunjukkan bahwa kepedulian pria terhadap keluarga berencana masih rendah. Mengingat upaya pengarus utamaan gender (*gender mainstreaming*) menjadi pendekatan umum pada setiap pembangunan nasional dan global, maka kesetaraan gender dalam mengatur kelahiran adalah menjadi ciri pembaharuan program keluarga berencana. Sejak kesepakatan ICPD, 1994 di Kairo, kesetaraan dan keadilan gender dalam keluarga berencana telah menjadi salah satu strategi utama dalam pelaksanaan program nasional. Dengan diadopsinya MDGs sebagai tujuan pembangunan global, masalah kesetaraan dan keadilan gender memperoleh prioritas yang lebih tinggi karena menjadi salah satu sasaran dalam MDGs tersebut.

## d) Mempertimbangkan Sosio-Kultural Bangsa

Meskipun masyarakat telah mengalami perubahan bersamaan dengan proses modernisasi, aspek sosio-kultural masih melekat dalam kehidupan sehari-hari penduduk, sehingga mempengaruhi penerimaan dan pelaksanaan program KB di Indonesia. Oleh karena itu, kebijakan program KB dan kesehatan reproduksi dalam perkembangannya selalu mempertimbangkan aspek sosio-kultural bangsa Indonesia. Kebijakan ini sejalan dengan kebijakan ICPD Kairo bahwa setiap program kesehatan reproduksi dan seksual harus sesuai dengan norma, budaya , agama, dan hak-hak azasi manusia yang bersifat universal serta prioritas pembangunan bagi masing-masing bangsa. Faktor-faktor tersebut amat penting dalam pelaksanaan program KB dan kesehatan reproduksi, sehingga keterlibatan berbagai tokoh masyarakat, pemimpin agama, ketua adat dan berbagai komponen yang mewarnai perilaku sosial, termasuk adat istiadat dari berbagai macam suku bangsa menjadi ciri penting dalam pembaharuan kebijakan KB dan kesehatan reproduksi di Indonesia.

# e) Pemahaman dan Promosi Hak Reproduksi dan Seksual

Dalam pengertian hak-hak reproduksi mengandung konsep dasar "kebebasan yang bertanggung jawab" dalam memilih metode untuk pengaturan kelahiran. Oleh karena itu, akseptabilitas metode kontrasepsi menjadi salah satu dasar pokok untuk memberikan

pelayanan KB dan kesehatan reproduksi pasca ICPD 1994. Untuk itu, salah satu ciri perkembangan program keluarga berencana nasional adalah mempromosikan, melindungi dan membantu klien untuk mewujudkan hak-hak reproduksinya. Dalam kontek ini maka faktor sosio-kultural mutlak untuk dipertimbangkan dalam setiap proses pelayanan, karena akseptabilitas dan hak-hak reproduksi pada hakekatnya sangat dipengaruhi faktor sosio-kultural bangsa Indonesia.



## BAB III METODE PENELITIAN

Metode merupakan suatu cara atau upaya dalam mencapai tujuan yang ingin tercapai. Jadi metode penelitian merupakan cara yang digunakan untuk melakukan sebuah penelitian serta cara ilmiah yang dilakukan untuk mendapatkan data dengan tujuan tertentu. Nawawi (1984, h.24) mengartikan metode ilmiah sebagai suatu yang dilaksanakan untuk menemukan, mengembangkan dan menguji kebenaran sesuatu.

Pemilihan jenis metode yang dipergunakan dan berhubungan dengan prosedur, alat serta desain penelitian dan berperan sebagai penentu arah kegiatan penelitian sehingga tujuan penelitian dapat tercapai.

#### A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah metode penelitian deskriptif melalui pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif banyak dipergunakan pada ilmu sosial metode ini menggunakan data yang dinyatakan verbal dan kualifikasinya bersifat teoritis. Pengolahan data dan pengujian hipotesis tidak berdasarkan statistik, melainkan dengan pola berfikir tertentu menurut hukum logika. Dalam Moleong (2002) mendefinisikan "metodologi kualitatif" sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data diskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang yang dapat diamati. Dengan kata lain pendekatan kualitatif diharapkan mampu menghasilkan suatu uraian mendalam tentang ucapan, tulisan, dan tingkah laku yang dapat diamati dari suatu individu, kelompok, masyarakat, dan organisasi tertentu dalam suatu konteks tertentu yang dikaji dari sudut pandang yang utuh, komprehensif dan holostic.

Sejalan dengan definisi di atas, dalam Moleong (2002) mendefinisikan bahwa : penelitian kualitatif adalah tradisi tertentu dalam ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental bergantung pada pengamatan manusia dan berhubungan langsung dengan orang-orang yang ada di dalamnya.

Peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif karena pada penelitian kualitatif ini, peneliti harus menjadi partisipan yang aktif bersama dengan responden. Walaupun demikian, peneliti tetap menjaga diri bahwa dirinya sedang melakukan penelitian. Oleh sebab itu, tetap dituntut agar peneliti tetap cermat, teliti, formal, dan konsisten dengan

apa yang telah ditetapkan sebagai tujuan dalam penelitiannya. Untuk itulah tingkat objektifitas bagi peneliti harus tetap selalu terjaga dengan cara mencatat data atau fakta (Sudjarwo, h 25.2005).

Tujuan dari penelitian kualitatif ini yaitu untuk mendapatkan pemahaman yang sifatnya umum terhadap kenyataan sosial dari perspektif partisipan. Pemahaman tersebut tidak ditentukan terlebih dahulu, tetapi diperoleh setelah melakukan analisis terhadap kenyataan sosial yang menjadi fokus penelitian, dan kemudian ditarik suatu kesimpulan berupa pemahaman umum tentang kenyataan-kenyataan tersebut (Ruslan, 2003).

#### **B.** Fokus Penelitian

Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang berdasarkan pada kenyataan lapangan dan apa yang dialami oleh responden, yang kemudian dicarikan rujukan teorinya (S. Nasution, 1988) dalam Sudjarwo, h 25 (2001). Pada prinsipnya pendekatan kualitatif ini peneliti harus terjun langsung menjadi partisipan aktif bersama responden. Walaupun demikian peneliti harus sadar bahwa dirinya berbeda posisi dengan responden, sehingga tetap dituntut agar peneliti selalu teliti dan konsisten. Maka dari itu, penelitian kualitatif ini bertumpu pada suatu fokus yang berperan membatasi studi. Dengan adanya fokus penelitian, seorang peneliti dapat membuat keputusan yang tepat tentang data mana yang nantinya akan dikumpulkan dan data mana yang tidak perlu digunakan.

Fokus yang digunakan sebagai acuan penelitian ini adalah Upaya dari Pemerintah Kabupaten dalam meningkatkan pelayanan kontrasepsi dan kemandirian masyarakat sehingga dapat menekan laju pertumbuhan penduduk. Fokus tersebut ditujukan pada permasalahan-permasalahan sebagai berikut:

- 4. Alih fungsi penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat di Kabupaten Lombok Timur.
- 5. Upaya Pemerintah Daerah dalam rangka menurunkan laju pertumbuhan dan meningkatkan kesejahteraan keluarga
  - a) Melalui Program Keluarga Berencana
  - b) Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga.
- 6. Faktor-faktor dalam upaya penurunan laju pertumbuhan penduduk.
  - a) Faktor Pendukung.

#### b) Faktor Penghambat.

#### C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian adalah letak penelitian akan dilakukan, untuk memperoleh data atau informasi yang dilakukan, sedangkan situs penilitian adalah tempat dimana peneliti dapat menangkap keadaan sebenarnya dari obyek yang diteliti.

Tempat atau lokasi penelitian dalam studi kasus ini, penulis memilih Kabupaten Lombok Timur dikarenakan di Lombok Timur belum mampu secara keseluruhan mewujudkan kemandirian pelayanan kontrasepsi dikarenakan pembangunan sumber daya masyarakatanya. Dengan demikian situs dalam penelitian ini adalah Kantor Keluarga Berencana.

Situs penelitian yang dipilih oleh penulis berdasarkan tema yang dipilih adalah Kantor Keluarga Berencana Kabupaten Lombok Timur sebagai Kantor yang selama ini sebagai penyedia dan pelayan kontrasepsi.

#### D. Jenis Data

Dalam Moleong (2002) mengatakan bahwa sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata, tindakan dan selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan sebagainya. Yang mana nantinya jenis datanya dibagi-bagi lagi ke dalam kata-kata dan tindakan, sumber data tertulis, foto, dan statistik. Menurut (Marzuki , h. 60.2005), data dapat dibedakan berdasarkan jenis data ada 2, yaitu:

#### 1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya, diamati dan dicatat untuk pertama kalinya. Data tersebut menjadi data sekunder jika dipergunakan oleh orang yang tidak berhubungan langsung dengan penelitian yang bersangkutan. Data primer diperoleh dari wawancara yang dilakukan kepada para pejabat kantor keluarga berencana.

#### 2. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang bukan diusahakan sendiri pengumpulannya oleh peneliti. Data sekunder yang akan diambil oleh peneliti adalah data yang diambil

dari kantor keluarga berencana, dan dokumen dari Pemerintah Daerah, surat kabar dan catatan-catatan dari instansi yang terkait.

#### E. Pengumpulan Data

Kualitas data tergantung kepada kualitas alat pengukur atau alat pengambil data serta kualifikasi orang yang mengambil data. Data atau informasi dapat diambil langsung dari sumbernya oleh peneliti atau diambil dari dokumen-dokumen yang telah dikumpulkan dan disusun oleh pihak lain. Peneliti harus menerima menurut apa adanya. Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini dengan menggunakan tiga cara, yaitu:

- Wawancara, adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan tersebut dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai yang memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan (Moleong, 2002). Sehingga dapat disimpulkan bahwa wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi yang diharapkan oleh peneliti.
- 2. Observasi, merupakan kegiatan pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala atau fenomena yang diselediki, tanpa mengajukan pertanyaan-pertanyaan meskipun objeknya adalah orang (Marzuki,h 62. 2005).

#### F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat bantu yang digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mencari data. dalam penelitian kualitatif peneliti sendiri atau dengan bantuan orang lain merupakan alat pengumpulan data yang utama (Moleong, 2001, h. 9)

Adapun Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1) Peneliti sendiri, yaitu dengan menggunakan panca indera untuk melihat, mengamati dan merasakan kejadian-kejadian yang ada di lapangan terutama yang berhubungan dengan fokus penelitian. Dalam penelitian kualitatif, peneliti sendiri atau dengan bantuan orang lain merupakan alat pengumpul data utama, karena hanya manusia sebagai alat yang dapat berhubungan dengan responden atau obyek lainnya dan hanya manusialah yang mampu memahami kaitan kenyatan-kenyatan di lapangan (Moleong, 2007, h.9).

- 2) *Interview Guide* (pedoman wawancara) adalah pedoman melakukan wawancara. Hal ini dimaksudkan agar peneliti dapat memperoleh informasi yang valid dan lengkap namun tidak menyebar kemana-mana sehingga pembahasannya terfokus pada pokok permesalahan yang ingin dipecahkan ( Moleong, 2007,h. 208 ).
- 3) Field note yaitu catatan lapangan, tidak lain daripada catatan yang dibuat peneliti sewaktu mengadakan pengamatan, wawancara atau menyaksikan suatu kejadian tertentu. Menurut Bogdan and Biklen dalam Moleong catatan lapangan adalah catatan tertulis tentang apa yang di dengar, dilihat, dialami dan dipikirkan dalam rangka pengumpulan data dan refleksi terhadap data dalam penelitian kualitatif ( Moleong, 2007,h.209 ).

## G. Analisis Data

Data yang telah diperoleh segera dianalisis setelah dikumpulkan dan dituangkan dalam bentuk laporan lapangan. Tujuan analisis data ialah untuk mengungkapkan :

- 1) Data apa yang masih perlu dicari,
- 2) Hipotesis apa yang perlu dikaji,
- 3) Pertanyaan apa yang perlu dijawab,
- 4) Apa yang harus digunakan untuk mendapatkan informasi baru, dan
- 5) Kesalahan apa yang harus segera diperbaiki.

(Usman, 2003, h.86)

Dengan demikian sangat penting adanya analisis data karena dibutuhkan untuk menjawab masing-masing masalah yang akan diteliti. Analisis data adalah merupakan proses kegiatan penganalisaan dari data yang telah dikumpulkan serta diuraikan, diinterprestasikan dan diversifikasikan untuk menarik suatu kesimpulan sehingga akan memperoleh makna atau hasil yang valid. Analisis data menunjuk pada kegiatan pengorganisasian data ke dalam susunan-susunan data menunjuk pada kegiatan pengorganisasian data ke dalam susunan-susunan tertentu di dalam rangka menginterpretasikan data, ditabulasi sesuai dengan susunan sajian data yang dibutuhkan untuk menjawab masing-masing masalah dan akhirnya diinterpretasikan atau disimpulkan, baik untuk masing-masing penelitian maupun keseluruhan masalah yang diteliti.

Teknik analisis data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah analisis dengan model interaktif, dimana dalam model ini terdapat tiga komponen analisis yaitu reduksi data, sajian data dan penerikan kesimpulan ( Miles & Huberman, 1992, h.20 ).

#### 1. Reduksi Data

Data di lapangan diuraikan dalam uraian atau laporan yang lengkap dan terinci. Laporan lapangan akan direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal yang pokok, difokuskan pada hal-hal yang penting kemudian dicari tema atau polanya. Reduksi data berlangsung secara terus-menerus selama proses penelitian berlangsung.

## 2. Penyajian Data

Sekumpulam informasi yang tersusun yang memberi kemungkinan adanya penerikan kesimpulam dan pengambilan kesimpulan. Penyajian data akan memudahkan penelitian guna melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari penelitian.

## 3. Penarikan Kesimpulan atau Verifikasi

Peneliti berusaha menggambarkan data yang dikumpulkan, dituangkan dalam kesimpulan yang ,asih bersifat tentative, tetapi dengan bertambahnya data melalui verifikasi secara terus-menerus dapat ditarik kesimpulan yang benar.

Dalam analisis data kualitatif model interaktif yang digunakan peneliti merupakan upaya terus-menerus yang mencakup tahapan-tahapan reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulam menjadi gambaran keberhasilan secara berurutan sebagai rangkaian analisis yang saling susul menyusul dan senantiasa merupakan bagian dari lapangan (Miles dan Huberman, 1992, h.20). Oleh karena itu, dalam penelitian ini maka setiap data-data yang diperoleh yang berhubungan upaya Pemerintah Daerah dalam pelayanan kemandirian kontrasepsi. Setelah itu dikelompokkan dan dilakukan penarikan kesimpulan. Ketiga tahapan tersebut akan coba dianalisis secara lebih dalam agar memperoleh hasil penelitian yang memuaskan.

Data collection

Data display

Data reduction

Conclusions: drawing/
verifying

Sumber: Miles dan Huberman dalam Sugiyono (1992, h.16-19)

4

#### BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

## A. Penyajian Data Umum Daerah Penelitian.

#### 1. Posisi dan Luas Wilayah

Kabupaten Lombok Timur, Secara administratif wilayahnya terbagi dalam 20 kecamatan, yaitu: Kecamatan Keruak, Jerowaru, Sakra, Sakra Barat, Sakra Timur, Terara, Montong Gading, Sikur, Masbagik, Pringgasela, Sukamulia, Suralaga, Selong, Labuhan Haji, Pringgabaya, Suela, Aikmel, Wanasaba, Sembalun, dan Sambelia. Pusat pemerintahan Kabupaten Lombok Timur ada di Kota Selong. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Lombok Barat dan Lombok Tengah. Kabupaten Lombok Timur terletak di antara 1160-1170 BT dan 080-090 LS mempunyai wilayah seluas 160.433 ha dengan batas-batas:

- 1) Sebelah timur Selat Alas,
- 2) Sebelah utara Laut Jawa dan
- 3) Sebelah selatan Smudera Indonesia.

Luas Wilayah Kabupaten Lombok Timur adalah 2.679,99 km² terdiri atas:

- 1) Daratan luas 1.605,55 km² atau sekitar 59,91 persen,
- 2) Lautan/pantai seluas 1.074,33 km² atau 40,09 persen dihitung 4 mil dari garis pantai. Penggunaan lahan (daratan seluas 160.555) meliputi:
- 1) Lahan sawah seluas 45.394 hektar (28,27%) dan,
- 2) Lahan kering seluas 115.161 hektar (71,73%).

Topografi wilayah Lombok Timur Topografi menunjukkan penampakan miring dari utara ke selatan. Dibagian utara merupakan daerah pegunungan dataran tinggi kaki Gunung Rinjani. Sedangkan bagian tengah merupakan dataran rendah dan bagian selatan merupakan daerah berbukit-bukit. Daerah pantai membatasi wilayah dari bagian utara ke sebelah timur hingga wilayah bagian selatan. Ketinggian wilayah Kabupaten Lombok Timur bervariasi antara 0 m diatas permukaan laut pada daerah pantai sampai dengan 3.726 meter dpl (diatas permukaan laut) pada daerah pegunungan. Berdasarkan topografi,maka untuk kelerengan antara 0-2% atau daerah yang datar mencakup Kecamatan Jerowaru, Keruak, Labuhan Haji dan Kecamatan Pringgabaya dengan luas keseluruhan mencapai 25.760 Ha. Untuk wilayah dengan kelerengan antara 2-15% dan

merupakan kriteria kelerengan dominan di Kabupaten Lombok Timur, mencakup wilayah Kecamatan Sakra, Sakra Barat, Sakra Timur, Selong, Sukamulia, Suralaga, Terara, Montong Gading, Sikur, Masbagik, Pringgasela, Aikmel, Wanasaba, Suela dan Kecamatan Sambelia dengan luas keseluruhan wilayah sekitar 96.763 Ha. Sedangkan untuk wilayah dengan kelerengan 15-40% mencakup sebagian wilayah Kecamatan Suela dan sebagian wilayah Kecamatan Sembalun, adapun untuk wilayah yang paling curam dengan kelerengan >40% meliputi daerah Pegunungan Rinjani yang ada di Kecamatan Sembalun dengan luas areal sekitar 13.810 Ha.

Dari distribusi di atas menggambarkan keadaan wilayah dataran tinggi terletak dibagian utara kawasan Gunung Rinjani, hamparan dataran rendah terletak dibagian tengah hingga ke bagian selatan dengan sedikit wilayah berbukit-bukit dibagian selatan yang berbatasan dengan Samudera Indonesia. Sebagian besar wilayah Lombok Timur dibatasi oleh lautan/daerah pantai yeng terbentang mulai dari bagian utara ke arah timur hingga ke bagian selatan. Hal ini yang menjadi salah satu karakteristik potensi SDA wilayah yaitu kelautan selain pertanian.

## 2. Iklim dan Curah Hujan

Kondisi iklim Kabupaten Lombok Timur sebagian besar tergolong kering dengan rata-rata curah hujan tahunan berkisar 522-979 mm (Pringgabaya, Labuhan Haji/Selong, Pegondang, Sepapan dan Sambelia) dan 1.072-1.640 mm (Dasan Lekong, Rensing, Terara, Lenek, Montong Baan, Masbagik, dan Timbanuh). Menurut Oldeman, wilayah di bagian tengah dan barat yang mempunyai ketinggian >700 mdpl tergolong zone agrolimat D3 dengan 4 bulan basah dan 6 bulan kering. Wilayah di bagian timur dengan ketinggian 300-700 mdpl tergolong zone agroklimat D4 dengan 3 bulan basah dan 7 bulan kering. Sedangkan daerah dengan ketinggian <300 mdpl di sepanjang pantai utara-timur-selatan mempunyai zone agroklimat E4 yaitu tidak mempunyai bulan basah dan bulan keringnya selama 8 bulan. (Peta Zona Agroklimat). Suhu udara rata-rata adalah 24,50 C (Dasan Lekong, 160 m dpl) dan 26,80 C (Keruak, 49 m dpl). Suhu udara terendah terjadi pada bulan Juli sampai Agustus, sedangkan suhu udara tertinggi tejadi pada bulan Januari sampai April.

Seiring dengan kondisi geografi tersebut di atas, potensi sumber daya alam (SDA) Kabupaten Lombok Timur adalah pertanian, pertambangan bahan galian golongan C, dan sumber daya alam pariwisata. Obyek-obyek wisata alam sangat menarik dan naturalistik tersebar di berbagai lokasi.

Wisata alam pegunungan yaitu di bagian utara sekitar Gunung Rinjani, wisata pantai terdapat di wilayah bagian utara, bagian timur, hingga ke bagian selatan. Sementara di bagian tengah obyek-obyek wisata yang cukup terkenal adalah tempat pemandian antara lain otak kokok di Kecamatan Montong Gading, Lemor di Kecamatan Suela dan lainlain.

## 3. Potensi Sumber Dava Alam (SDA)

Sumber daya alam terbagi dua, yaitu SDA yang tidak dapat diperbaharui (unrenewable) dan yang dapat diperbaharui (renewable). Keanekaragaman hayati termasuk di dalam sumber daya alam yang dapat diperbaharui. Potensi sumber daya alam hayati tersebut bervariasi, tergantung dari letak suatu kawasan dan kondisinya. Pengertian istilah sumber daya alam hayati cukup luas, yakni mencakup sumber daya alam hayati, tumbuhan, hewan, bentang alam (landscape) dan sosial budaya.

Teridentifikasi dari sejumlah data stasistik tentang eksplorasi/eksploitasi pemanfaatan berbagai jenis sumber daya alam dapat dikatakan bahwa potensi sumber daya alam Kabupaten Lombok Timur antara lain sektor pertanian, sub-sektor tanaman bahan makanan, perkebunan, kehutanan, perikanan, dan juga peternakan. Selain itu yang sangat potensial adalah SDA Pariwisata, Kelautan, penggalian, serta transportasi laut; yang secara keseluruhan masih tetap prosfektif untuk dikembangkan dan akan sangat menguntungkan bagi kalangan investor maupun pelaku bisnis lainnya. Kontribusi ekonomi dan sosial yang diberikan dari adanya upaya pengembangan SDA tersebut tentu berupa perkembangan spasial pusat pertumbuhan, penciptaan lapangan/kesempatan kerja, pengaadan fasilitas pelayanan sosial, yang kesemuanya akan bermuara pada peningkatan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

#### 4. Penduduk

## 4.1. Perkembangan Jumlah Penduduk

Dizaman era otonomi daerah sekarang ini penduduk merupakan objek dan subyek pembangunan yang sangat potensial untuk bisa mengembangkan dan menggali potensi daerah yang ada. Penduduk yang besar tidak saja merupakan asset dalam pembangunan tetapi juga bisa merupakan bumerang dalam menjalankan pembangunan daerah, hal ini dapat disebabkan oleh karena masih cukup tingginya jumlah penduduk yang sumber daya manusianya masih rendah, sehingga menyebabkan beban bagi pelaksanaan pembangunan.

Sebanding dengan intensitas kesadaran masyarakat terhadap program pengendalian populasi penduduk dimana kesadaran dengan "dua orang anak cukup" belum membudaya/terwujud secara nyata menyebabkan perkembangan jumlah penduduk Lombok Timur dalam masa 45 tahun terakhir meningkat lebih dari dua kali lipat yaitu 113,14 persen. Dari hasil sensus penduduk sejak tahun 1961 mengalami pertambahan dengan pola sebagai berikut:

- a) Tahun 1961 sebanyak 494.198 jiwa.
- b) Tahun 1971 menjadi 595.527 jiwa bertambah 101.329 jiwa (20,50%).
- c) Tahun 1980 meningkat menjadi 725.439 jiwa atau bertambah 129.912 jiwa (21,81%).
- d) Tahun 1990 berjumlah 865.283 jiwa bertambah sebanyak 139.844 jiwa (meningkat 16,16%).
- e) Tahun 2000 berjumlah 973.296 jiwa bertambah sebanyak 108.013 jiwa (meningkat sekitar 12,48%).
- f) Tahun 2006 berdasarkan revisi dari hasil kegiatan SUPAS 2005 adalah sebanyak 1.053.347 atau meningkat sekitar 8,22 % dalam masa enam tahun terakhir sejak tahun 2000.

Pertambahan jumlah penduduk tahun 1961 sampai tahun 2006 adalah 559.143 jiwa (kurang lebih 113,14 persen).

## 4.2 Laju Pertumbuhan

Indikator tingkat pertumbuhan penduduk sangat berguna untuk memprediksi jumlah penduduk di suatu wilayah dimasa yang akan datang. Dengan diketahuinya jumlah penduduk yang akan datang, diketahui pula kebutuhan dasar penduduk ini, tidak hanya di

bidang sosial dan ekonomi tetapi juga di bidang politik misalnya mengenai jumlah pemilih untuk pemilu yang akan datang. Tetapi prediksi jumlah penduduk dengan cara seperti ini belum dapat menunjukkan karakteristik penduduk dimasa yang akan datang. Untuk itu diperlukan proyeksi penduduk menurut umur dan jenis kelamin yang membutuhkan data yang lebih rinci yakni mengenai tren fertilitas, mortalitas dan migrasi. Tercermin pada data dimana pola pertumbuhan penduduk rata-rata pertahun di Kabupaten Lombok Timur berbeda-beda untuk setiap periode yaitu:

- a) Periode 1961-1971 sekitar 1,90 persen per tahun
- b) Periode 1971-1980 sebesar 2,91 persen per tahun
- c) Periode 1980-1990 adalah 1,78 persen pertahun
- BRAWIL d) Periode 1990-2000 sebesar 1,22 persen per tahun dan
- e) Periode 2000-2006 sekitar 1,36 persen per tahun.

Secara tersirat pola perbedaan laju pertumbuhan penduduk rata-rata pertahun di atas merupakan wujud dari outcome/impact program pengendalian yang telah dijalankan. Pola, corak-ragam intensitas kesadaran masyarakat akan pentingnya mengatur kehamilan bagi kesehatan, kesejahteraan dan kebahagian mereka, pada akhirnya akan mempengaruhi atau menentukan pola perkembangan jumlah penduduk secara keseluruhan di masa-masa mendatang.

Tabel 1
Perkembangan Jumlah dan laju Pertumbuhan Penduduk
Kabupaten Lombok Timur Sejak Tahun 1961

Tahun Periode	Penduduk	Laju Pertumbuhan Penduduk per Tahun (%)
1961	494.198	xxx
1971	595.527	XXX
1980	725.439	XXX
1990	865.283	XXX
2000	973.296	XXX
2006	1.053.347	XXX
1961-1971	XXX	1,90
1971-1980	XXX	2,19
1980-1990	XXX	1,78
1990-2000	XXX	1,22
2000-2006	XXX A	1,36

Sumber: Hasil sensus penduduk 1961,1971, 1980, 1990, 2000, dan SUPAS 2005

Catatan: Penduduk tahun 2001 sampai dengan 2006 direvisi atau dikoreksi berdasarkan hasil SUPAS 2005 dan keadaan pertengahan tahun, sedangkan laju pertumbuhan penduduk 1,36 merupakan angka proyeksi.

Kalau kita lihat data perkembangan jumlah dan laju pertumbuhan penduduk hasil sensus penduduk Kabupaten Lombok Timur di atas, untuk periode 1990 ke 2000 terjadi penurunan laju pertumbuhan penduduk sebesar 0, 56%. Hal ini disebabkan antara lain berkat keberhasilan program Keluarga Berencana (KB), program transmigrasi dan migrasi masuk lebih kecil dari migrasi keluarnya. Laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Lombok Timur dalam dua dekade terakhir (1990-2000) dan (2000-2006) mengalami peningkatan yang cukup tinggi dari 1,22% menjadi 1,36% per tahun. Data selengkapnya dapat dilihat pada table 1.

Sedangkan proyeksi penduduk menurut golongan umur dan jenis kelamin di Kabupaten Lombok Timur berdasarkan data hasil sensus perbanding jauh antara yang penduduk yang usia produktif dengan penduduk yang tidak produktif. Berdasarkan data penduduk usia produktif antara golongan umur 0-19 lebih besar di bandingkan dengan usia produktif yaitu antara golongan umur 20-59. Untuk golongan umur 59 ke atas masuk dalam golongan tidak produktif. Data selengkapnya dapat dilihat pada table 2.

**BRAWIJAY** 

Table 2
Penduduk Lombok Timur Menurut Golongan Umur dan Jenis Kelamin (hasil sensus penduduk tahun 2000).

Golongan Umur	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	
0-4	55.302	54.729	110.031	
5-9	59.346	56.274	115.620	
10-14	62.411	59.682	122.093	
15-19	47.249	53.714	100.963	
20-24	32.107	52.927	85.034	
25-29	34.393	47.714	82.107	
30-34	30.209	39.991	70.200	
35-39	29.771	37.154	66.925	
40-44	26.081	30.324	56.405	
45-49	21.936	23.040	44.976	
50-54	19.034	19.047	38.081	
55-59	12.763	12.263	25.026	
60-64	11.884	12.120	24.004	
65-69	6.718	7.267	13.985	
70-74	5.013	5.289	10.302	
75 +	3.576	3.968	7.544	
Jumlah	457.793	515.503	973.296	

Sumber: Badan Pusat Stasistik Kabupaten Lombok Timur

Berdasarkan data sensus penduduk tahun 2000 di atas terlihat terlihat komposisi penduduk tidak produktif masih lebih besar yaitu 51,84% dibanding dengan penduduk usia produktif yaitu 48,16%, ini merupakan beban yang cukup besar dalam percepatan pembangunan terutama menuju pada tingkat kesejahteraan masyarakat. Program Keluarga Berencana jika dilihat dari aspek demografinya mengarahkan kooposisi penduduk agar usia produktif jauh lebih besar dibandingkan dengan penduduk tidak produktif terutama pada usia 0-19 tahun, artinya dengan pengenalan kontrasepsi terhadap masyarakat utamanya pasangan usia subur diharapkan tingakat kelahiran dapat ditekan sehingga pada akhirnya penduduk usia 0-19 tahun dapat diperkecil.

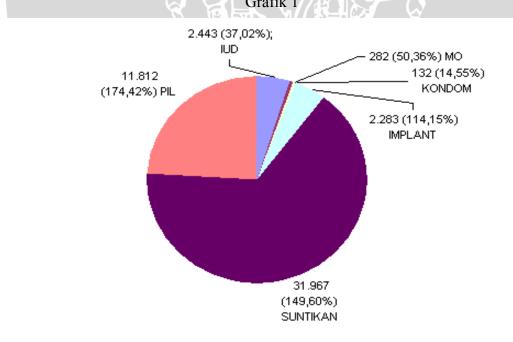
## 5. Gambaran Capaian Program Keluarga Berencana.

#### 5.1 Peserta KB Baru

Perkiraan Permintaan Masyarakat (PPM) peserta KB baru tahun 2007 disepakati sebesar 38.208 (65,97%) dari total Unmet Need 57.917 dengan rincian per mix kontrasepsi sebagai tolok ukur kinerja dengan rincian:

**IUD** : 6.600 atau 17,27 % dari total PPM PB MO 560 atau 1,47 % dari total PPM PB 907 atau 2,37 % dari total PPM PB Kondom : 2.000 atau 5,23% dari total PPM PB Implant Suntikan : 21.369 atau 55,93 % dari total PPM PB Pil : 6.772 atau 17,72 % dari total PPM PB

Sampai dengan bulan Desember 2007 capaian kinerja peserta baru sebesar 48.919 Akseptor atau 128,03 % dari PPM PB sebesar 38.208 , perincian per mix kontrasepsi dan persentasenya terhadap PPM PB per mix kontrasepsi dapat dilihat seperti pada grafik 1



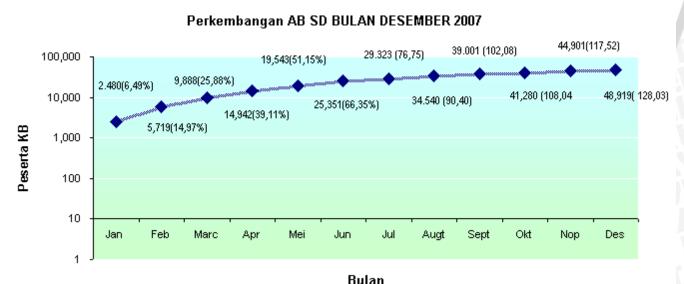
Grafik 1

Sumber: Kantor Keluarga Berencana Kabupaten Lombok Timur.

Capaian peserta KB baru di atas bila dilihat per mix kontrasepsi ternyata tingkat permintaan masyarakat atau animo masyarakat terbanyak pada kontrasepsi suntikan ditargetkan dalam tahun 2007 sebesar 21.369 calon ternyata pencapaiannya mencapai 31.967 atau 149,50% diikuti dengan PIL direncanakan 6.772 calon akseptor dapat dicapai 11.812 aksepstor atau 174,42%, akseptor IMPLAN direncanakan 2.000 tercapai 2.283 akseptor atau 114,15%, calon IUD diharapkan 6.600 ternyata mampu diraih 2.443 atau 31,02 %, medis operasi diharapkan 560 calon akseptor dicapai hanya 282 akseptor atau 50,36% dan kondom direncanakan 900 calon akseptor dicapai 132 atau 14,55%. Bila dikaji memang untuk kontrasepsi IUD baru pada kalangan berpendidikan menengah ke atas dan bagi masyarakat atau pasangan usia subur dengan pendidikan relatif lebih rendah sangat sulit menerima karena metode pemasangan yang harus diletakkan dalam rahim. Adapun medis operasi karena persoalan pembiayaan karena persoalan pembiayaan dan jangkauan tempat pelayanan yang hanya ada di rumah sakit daerah mengingat dengan harus operasi kecil dan tenaga dokter yang terbatas maupun peralatan yang tidak mungkin dibawa keluar rumah sakit. Kondom sebagai satu-satunya alat kontrasepsi bagi pria sangat kecil peminatnya karena persoalan kenyamanan pengguna.

Sedangkan pencapaian akseptor baru dari bulan ke bulan (Januari s/d Desember 2007) dan persentasenya terhadap PPM PB dapat dilihat seperti grafik 2 dibawah ini :

Grafik 2



Sumber: Kantor Keluarga Berencana Kabupaten Lombok Timur.

Capaian ini ditandai dengan semakin menguatnya kegiatan operasional lapangan, Komunikasi Informasi dan Edukasi yang dilaksanakan oleh para penyuluh keluarga berencana tingkat desa/kelurahan , kunjungan kelompok sasaran serta sarana kontrasepsi yang cukup tersedia.

Capaian peserta KB baru merupakan kontribusi dalam rangka peningkatan kesinambungan ber KB atau yang dikenal dengan kesertaan peserta KB aktif. Kelangsungan penggunaan kontrasepsi inilah yang memberikan dampak terhadap tercapainya Total Fertility Rate dan berpengaruh pada penurunan laju pertumbuhan penduduk, artinya semakin tinggi tingkat kesertaan peserta KB aktif atau tingginya privalensi peserta KB aktif terhadap jumlah Pasangan Usia Subur semakin berdampak pada penurunan TFR dan LPP.

Dengan perolehan tersebut pemerintah Kabupaten Lombok Timur di pandang cukup berhasil di dalam menurunkan laju pertumbuhan penduduk dengan pemanfaatan program keluarga berencana melalui pendekatan kepada pasangan usia subur tentang pentingnya kesehatan reproduksi. Keberhasilan ini juga dapat dilihat dari kinerja per Kecamatan dalam pencapaian peserta KB baru sampai dengan Desember 2007 terlihat dalam tabel 3 berikut:

Tabel; 3 Capaian Peserta KB Baru Tingkat Kecamatan Per Mix Kontrasepsi Sampai Dengan Desember 2007.

			MIX KONTRASEPSI						% thd		
No.	Kecamatan	PPM	IUD	MOW	MOP	KND	IMP	STK	PIL	TOTAL	PPM
-1	KERUAK	1.520	148	2	-	10	120	1,225	546	2,051	134.93
2	JEROWARU	2.631	12	3	-	0	105	1,970	166	2,256	85.75
3	SAKRA	1.449	50	3	-	0	41	1,025	176	1,295	89.37
4	SAK. BARAT	1.912	21	0	-	3	48	1,422	396	1,890	98.85
5	SAK. TIMUR	1.998	77	8	-	0	91	1,403	509	2,088	104.50
6	TERARA	2.040	125	0	-	10	195	1,503	1,311	3,144	154.12
7	MT. GADING	1.550	22	3	-	17	56	1,197	1,364	2,659	171.55
8	SIKUR	1.979	39	2	1	26	42	2,293	788	3,190	161.19
9	MASBAGIK	2.456	97	14	ı	8	81	1,675	669	2,544	103.58
10	PR. SELA	1.610	99	0	ı	3	119	1,463	142	1,826	113.42
11	SUKAMULIA	732	116	0	ı	0	25	561	82	784	107.10
12	SURALAGA	1.998	122	6	-	0	62	1,649	447	2,286	114.41
13	SELONG	2.129	327	171	ı	6	106	1,924	912	3,446	161.86
14	LB. HAJI	1.758	194	4	ı	0	49	1,027	290	1,564	88.96
15	PR. BAYA	2.866	256	3	ı	35	322	3,887	953	5,456	190.37
16	SUELA	1.684	236	16	1	5	328	1,791	843	3,219	191.15
17	AIKMEL	4.136	196	39	-	0	207	2,961	1,080	4,483	108.39
18	WANASABA	2.233	212	8	-	1	105	1,226	357	1,909	85.49
19	SEMBALUN	776	67	0	_	8	107	939	388	1,509	194.46
20	SAMBALIA	751	23	0	-	0	74	782	368	1,247	166.05
	KABUPATEN	38.208	2,443	282	-	132	2,283	31,967	11,812	48,919	128.03
	Persentase		6,39	0,74	-	0,35	5,98	83,67	30,91		

Sumber Data: Laporan klinik KB (F/II/KB/04) diolah

Dari gambaran capaian perkecamatan di atas terlihat 5 Kecamatan belum mencapai target 100 % yaitu Kecamatan Wanasaba, Jerowaru, Labuhan Haji, Sakra dan Sakra Barat . Dengan data tersebut Kepala Kantor Keluarga Berencana menyimpulkan bahwa sebagian besar masyarakat di setiap kecamatan di Kabupaten Lombok Timur telah menjadi peserta KB baru.

## 5.2 Peserta KB Aktif

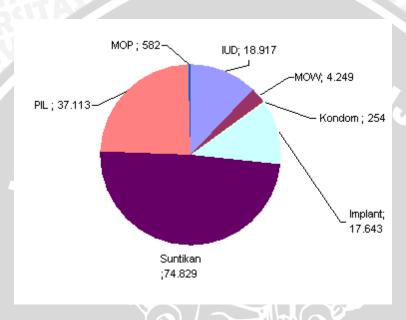
Perkiraan Permintaan Masyarakat (PPM) menjadi Peserta KB Aktif tahun 2007 disepakati sebesar 165.746 dengan perincian :

IUD	22.492	Atau	13,57	%	dari total PPM PA
MOW	4.415	Atau	2,66	%	dari total PPM PA
MOP	630	Atau	0,38	%	dari total PPM PA
Kondom	1.041	Atau	0,63	%	dari total PPM PA
Implant	18.674	Atau	11,27	%	dari total PPM PA

Suntikan : 76.193 Atau 45,97 % dari total PPM PA Pil : 42.301 Atau 25,52 % dari total PPM PA

Hasil capaian Peserta KB Aktif bulan Desember 2007 adalah 153.587 akseptor atau 65,24% dari total PUS sebesar 235.434 dengan perincian permix kontrasepsi terlihat seperti pada grafik 3 berikut :

Grafik 3



Sumber: Kantor Keluarga Berencana Kabupaten Lombok Timur

Capaian peserta KB aktif merupakan kontribusi dari capaian peserta KB baru . Data dasar peserta KB aktif Desember 2006 137.575 atau 59,22 %, sedangkan capaian Desember 2007 mampu ditingkatkan menjadi 153.587 atau 65,24 % artinya ada kontribusi peserta KB baru sebesar 16.012 akseptor, dan 32.907 akseptor baru lainnya menutupi peserta KB aktif yang tidak lagi menggunakan alat kontrasepsi yang disebabkan karena beberapa faktor seperti :

- 1) Memasuki masa monopause
- 2) Istirahat sementara karena ingin menambah anak lagi, terutama bag pasangan usia subur yang baru memiliki anak 1 orang.
- 3) Pencatatan dan pelaporan rutin program KB yang terus diupayakan tingkat akurasinya.

Implementasi dari arah dan kebijakan di atas merupakan upaya pemerintah daerah Kabupaten Lombok Timur dalam rangka menurunkan laju pertumbuhan penduduk dan peningkatan kesejahteraannya.

#### B. Penyajian Data Fokus.

# 1. Alih Fungsi Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari Sektor Publik ke Sektor Privat di Kabupaten Lombok Timur.

Krisis ekonomi dan moneter telah membawa pengaruh kepada seluruh tatanan kehidupan berbangsa dan bernegara, termasuk dalam hal kemampuan pemerintah untuk memenuhi kebutuhan masyarakat secara luas. Hal ini juga berpengaruh kepada kemampuan pemerintah dalam penyediaan dan pendanaan Program KB Nasional. Sebagai dampaknya, satu hal yang dirasakan masyarakat adalah kesulitan dalam memperoleh pelayanan kontrasepsi karena alat atau obat kontrasepsi khususnya dari pemerintah semakin terbatas, padahal kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kontrasepsi semakin meningkat, seperti halnya kebutuhan-kebutuhan lainnya (terutama: kesehatan dan pendidikan), sehingga jumlah masyarakat yang tidak terlayani oleh Program KB Nasional dikhawatirkan semakin bertambah, angka terakhir jumlah pasangan usia subur yang ingin anak ditunda dan tidak ingin anak lagi atau yang dikenal dengan kelompok pasangan usia subur *Unmet Need* di Lombok Timur hasil pendataan keluarga yang dilakukan oleh Kantor Keluarga Berencana tercatat 54.683 atau 23,16 %.

Situasi tersebut diatas diperparah dengan terjadinya perubahan dalam tatanan internasional yang berdampak kepada kebijakan lembaga-lembaga donor dalam dukungan penyediaan anggaran program KB ditiap-tiap negara. Kondisi itu membuat keprihatinan organisasi KB di seluruh dunia yang selama beberapa tahun terakhir sebagian besar pembiayaan program KB-nya sangat tergantung kepada bantuan luar negeri, khususnya dalam penyediaan alat atau obat kontrasepsi. Oleh karena itu, diperlukan suatu solusi guna mengatasi tersedianya alat atau obat kotrasepsi yang sebelumnya lebih banyak dibiayai dari lembaga donor. Situasi dan kondisi ini melahirkan konsep mengenai jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi (contraceptive security) yang merupakan bagian dari konsep commodity security.

Hal tersebut sejalan dengan kesepakatan International Conference on Population and Development (ICPD) di Cairo tahun 1994 yang menetapkan perlunya pemenuhan terhadap hak-hak individu dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Dalam hubungan ini, kebutuhan alat atau obat kontrasepsi juga merupakan bagian dari pemenuhan hak-hak individu pasangan usia subur terhadap pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.

Lebih lanjut, penyelenggaraan pemerintah di Indonesia mengalami perubahan dari sentralistis ke desentralistis telah mengakibatkan pula terjadinya pengalihan sebagian kewenangan dalam urusan KB dari pemerintah pusat kepada pemerintahan kabupaten atau kota. Hal ini membawa konsekuensi terhadap perubahan pengelolaan dan peruntukan alat atau obat kontrasepsi yang secara bertahap dialihkan tanggung jawabnya kepada pemerintah daerah, dan swasta bagi keluarga atau pasangan usia subur yang mampu. Pemerintah pusat dalam hal ini BKKBN mengeluarkan kebijakan bahwa peruntukan kontrasepsi yang disediakan hanya untuk keluarga atau pasangan usia subur miskin sedangkan untuk keluarga atau pasangan usia subur mampu diharapkan untuk membiayai diri sendiri melalui dokter/bidan praktek swasta. Disini diharapkan peran pemerintah daerah khusunya Kabupaten Lombok Timur dapat mengembangkan pola alih peran pengelolaan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor swasta melalui model jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi (JKK) agar kelangsungan penggunaan kontrasepsi dapat terjaga sehingga kesinambungan program KB dapat berjalan dengan baik sebagai upaya pemenuhan permintaan masyarakat sekaligus pemenuhan hak-hak reproduksi keluarga.

Sehubungan dengan itu, agar dapat memberikan pemahaman yang sama terhadap terselenggaranya jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi, diperlukan pedoman yang berisi tentang pengembangan strategi jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi. Pedoman ini pada garis besarnya terdiri atas komponen pelayanan, pendanaan, pemasok, logistik, yang didukung oleh komitmen, kebijakan, kepemimpinan, keterpaduan, serta permintaan masyarakat sebagai faktor berpengaruh dalam pengelolaan jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi.

Pedoman jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi ini diharapkan dapat menjadi stimulus bagi komponen Subsistem Perlengkapan dan Perbekalan juga diharapkan dapat bersinergi dengan subsistem-subsistem lainnya dalam pengelolaan Program KB Nasional.

Keberhasilan pelaksanaan jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi diharapakan dapat mengurangi beban pemerintah dan meningkatkan partisipasi swasta dan masyarakat dalam penyediaan alat atau obat kontrasepsi. Oleh karena itu kalangan eksekutif dan legislatif, sebagai pengarah dan penetap peraturan perundang-undangan, mempunyai peran yang sangat besar untuk terlaksananya jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi.

Tujuan Umum jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi adalah mewujudkan kondisi agar setiap pasangan usia subur (PUS) dapat dengan mudah dan aman memilih, memperoleh dan menggunakan alat atau obat kontrasepsi sesuai dengan pilihan dan kondisi fisiknya sebagai upaya meningkatkan kualitas kesehatan reproduksinya.

Berkaitan dengan kebijakan pengembangan jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi baik untuk keluarga miskin maupun mampu di Kabupaten Lombok Timur dikeluarkan Surat Keputusan Bupati Lombok Timur Nomor: 188.45/428/KB/2005 tentang pembentukan tim jaminan ketersediaan kontrasepsi (JKK) Kabupaten Lombok Timur.

- a. Bahwa dalam rangka meningkatkan pembangunan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) melalui penyelenggaraan Keluarga Berencana di wilayah Kabupaten Lombok Timur, maka perlu dilakukan upaya-upaya untuk menjamin ketersediaan alat atau obat kontrasepsi yang dibutuhkan;
- b. Bahwa penyelenggaraan Program Keluarga Berencana merupakan tugas dan tanggung jawab bersama seluruh pihak baik pemerintah, swasta dan masyarakat;
- c. Bahwa untuk memungkinkan terciptanya Jaminan Ketersediaan alat/obat Kontrasepsi tersebut di wilayah Kabupaten Lombok Timur, maka dipandang perlu membentuk

Tim Jaminan Ketersediaan alat/obat Kontrasepsi (JKK) yang anggotanya terdiri dari wakil-wakil Instansi/Lembaga terkait;

d. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a huruf b dan huruf c di atas, perlu ditetapkan Keputusan Bupati tentang Pembentukan Tim Jaminan Ketersediaan Kontrasepsi (JKK) Kabupaten Lombok Timur;

Tugas Tim Jaminan Ketersediaan Kontrasepsi (JKK) adalah :

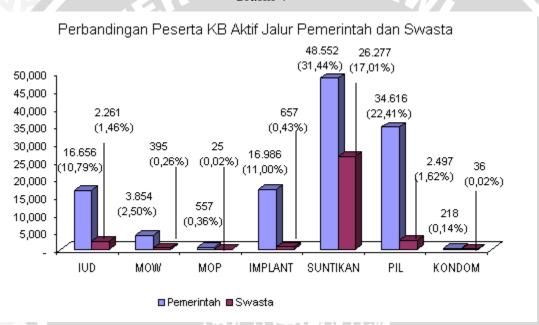
- 1. Membangun komitmen Eksekutif dan Legislatif Pusat dan Daerah.
- 2. Memaksimalkan akses dan memperluas jaringan pelayanan.
- 3. Meningkatkan kualitas pegelolaan logistik.
- 4. Mendorong partisipasi pemasok.
- 5. Menggali berbagai sumber pendanaan.

Konsep model jaminan ketersediaan kontrasepsi (JKK) pada dasarnya pemilahan secara tegas sasaran program kaitannya dengan alat/obat kontrasepsi mana yang seharusnya dilayani oleh pemerintah dan mana seharusnya melalui jalur swasta mengingat keterbatasan kemampuan pemerintah baik pemerintah pusat maupun daerah.

Berdasarkan data hasil pendataan keluarga tahun 2007 di Kabupaten Lombok Timur yang dilakukan oleh Kantor Keluarga Berencana menggambarkan jumlah pasangan usia subur sebagai sasaran program sebanyak 236.164 orang. Bila dilihat hasil pendataan keluarga tahun 2007 yang mencatat jumlah keluarga prasejahtera 38,53% dan sejahtera I 40,83% (sebagai pasangan usia subur miskin) yang bila dijumlahkan menjadi 79,36% maka dapat diasumsikan jumlah pasangan usia subur prasejahtera dan sejahtera I sebanyak 187.420 orang, artinya ada 48.744 orang dikategorikan pasangan usia subur mampu yang harus diarahkan pelayanan kontrasepsi melalui jalur swasta atau kemandirian.

Bila dicermati peserta KB secara aktif di Lombok Timur tahun 2007 sebanyak 153.587 akseptor atau 65,83% dari pasangan usia subur yang ada (236.164) dan melihat presentase pasangan usia subur prasejatera dan sejahtera I di atas juga dapat diasumsikan jumlah peserta KB aktif miskin sebanyak 121.887 orang dan sisanya 31.700 orang pasangan usia subur dikategorikan mampu. Menarik untuk dikaji melihat pencapaian kemandirian ber KB pada tahun 2007 tercatat 32.148 sedangkan sasarannya 48.744 orang secara persentase mampu diraih sebanyak 65,95%.

Bila dilihat per mix kontrasepsi perbandingan antara jalur pemerintah dengan jalur swasta serta persentasenya terhadap total peserta KB aktif terlihat seperti grafik dibawah ini :



Grafik 4

Sumber: Kantor Keluarga Berencana Kabupaten Lombok Timur.

Data dalam grafik di atas dapat dipahami bahwa alih fungsi penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat merata pada semua jenis kontrasepsi, alat kontrasepsi IUD terlayani melalui sektor swasta 2.261, medis operasi wanita dan pria (*Tubektomi dan Vasektomi*) 410 orang, alat kontrasepsi Implant 657 orang dan obat kontrasepsi Suntikan 26.277 orang, PIL 2.497 dan alat kontrasepsi Kondom 36 orang. Pada data di atas juga menarik untuk dikaji bahwa kemandirian ber KB atau peran sektor swasta dominan pada obat kontrasepsi jenis suntikan karena obat

ini relatif murah, mudah, cepat dan merata tersedia di bidan atau dokter praktek swasta sehingga para pasangan usia subur dapat mengaksesnya.

Sejalan dengan data di atas, menurut Kepala Kantor Keluarga Berencana (Drs. M. Thuhri) "program alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi di Kabupaten Lombok Timur sudah berjalan dan merata pada semua jenis alat/obat kontrasepsi, hanya jumlah kesertaan bervariasi yang disebabkan oleh persoalan pembiayaan, pemahaman/keyakinan dan jangkauan. Sebagai misal berbicara pembiayaan untuk pelayanan IUD dimulai dari harga satu set IUD dan jasa pelayanan mencapai rata-rata Rp 75.000 s/d Rp 200.000, alat kontrasepsi Implan harga terendah Rp 268.000 belum lagi jasa pelayanan rata-rata Rp 15.000, PIL dan kondom tidak melebihi angka Rp 5.000.

Sisi pemahaman/keyakinan dimaksudkan terutama untuk alat kontrasepsi IUD, Tubektomi dan Vasektomi sebenarnya alat kontrasepsi yang paling aman, efek samping yang relatif kecil dan berjangka panjang namun karena harus bersentuhan dengan persoalan keyakinan (aurat) animo para pasangan usia subur cenderung lebih rendah, dari sisi jangkauan terutama tubektomi dan vasektomi harus dan baru tersedia di rumah sakit daerah artinya memerlukan biaya tambahan untuk transportasi (jangkauan jarak yang jauh).

Suntikan, PIL dan kondom disamping murah secara pembiayaan, model pelayanannya sederhana tanpa mengganggu keyakinan serta tersedia merata di setiap dokter/bidan yang ada di pelosok memudahkan untuk dijangkau serta diakses oleh para pasangan usia subur dan juga merupakan kontrasepsi yang paling awal di programkan sehingga animo pada alat/obat kontrasepsi jenis ini tinggi.

Bila di kompirmasi dengan bidan yang melakukan pelayanan jalur swasta memberikan gambaran yang tidak jauh berbeda dengan Kepala Kantor KB di atas dimana dikatakan oleh;

Ibu Dayu (Bidan Praktek Swasta di Selong), mengatakan untuk pelayanan KB pada klinik saya sebatas IUD dan Suntikan KB, untuk IUD rata-rata perbulan tidak melebihi 5 orang dan itu sebatas kalangan yang relatif berpendidikan menengah ke atas mereka paham akan program dan tahu tentang keunggulan dan kelemahan kontrasepsi dan paling penting mereka paham pentingnya penjarangan kelahiran serta mempunyai komitmen untuk tidak memiliki anak banyak, bagi kebanyakan pasangan usia subur yang pendidikannya rendah kontrasepsi jenis IUD sulit diterima terutama dikaitkan dengan alat ini harus di pasang dalam rahim mereka ini bersentuhan dengan keyakinan pada orang lain melihat aurat yang tidak boleh padahal itu untuk kepentingan kesehatan yang sebenarnya tidak masalah, oleh karena itu kalangan ini lebih banyak memilih Suntikan KB dan rata-rata perbulan saya menghabiskan 4 sampai 5 box atau 80 samapai 100 orang, memang suntikan ini murah karena saya menarik Rp 15.000, kalau IUD saya menarik Rp 75.000.

Sejalan dengan ibu Dayu di atas dikatan oleh ibu Subuhiah (bidan desa di kecamatan Swela Desa Swela) mengatakan bahwa animo masyarakat untuk menjadi peserta KB jalur swasta di wilayah kerja saya cukup tinggi namun sebatas pada kontrasepsi Suntikan KB, ya memang dari sisi pembiayaan dapat di jangkau dan masyarakat desa ketika ditawari kontrasepsi yang lebih aman dan berjangka panjang sulit menerima terutamam IUD dengan berbagai alasan terutama alasan agama karena bersentuhan dengan aurat.

Suntikan KB rata-rata perbulan saya melayanin 100 sampai dengan 150 perbulan atau sekitar 7-8 box, kontrasepsi ini saya beli di apotik dan distributor Andalan yang keliling atau mengantar ketempat saya.

Inaq Aminah (Desa Swela) "aku milek ber KB bidan elek isikne murak enggeg Rp 15.000 pelayananne bagus, mun ne lewat datu jekne biasane luek dengan pelayananne aku anggep kurang bagus bareng sue ite nunggu endek te bau gawek pegawaian bale, masih jekne murak, mun IUD jekne endek ku bani/ilak.

Bila diterjemahkan kira-kira "saya memilih pelayanan lewat swasta dengan alasan memang murah Rp 15.000 dan pelayanannya lebih baik, kalau lewat jalur pemerintah biasanya dengan pelayanan masal jadi saya mengganggap kurang baik dan lama antri sehingga menganggu kegiatan rumah tangga, dan hitung-hitung murah, alat KB lain terutama IUD saya tidak berani/malu.

# 2. Upaya Pemerintah Daerah dalam Rangka Menurunkan Laju Pertumbuhan dan Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga.

Dengan mempertimbangkan bahwa pada waktu yang akan datang Kabupaten Lombok Timur sebagaimana daerah-daerah lain di Indonesia berusaha mencapai penduduk tumbuh seimbang dan akan mengalami bonus demografi (suatu keadaan ketika tingkat *dependency ratio rendah*, atau jumlah penduduk usia produktif lebih besar dari pada jumlah penduduk tidak produktif, sebagai akibat dari perubahan struktur umur), maka disusun arah kebijakan sebagai berikut.

Pertama, kebijakan pembangunan keluarga berencana diarahkan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk serta meningkatkan keluarga kecil berkualitas dengan:

- 1) Mengendalikan tingkat kelahiran penduduk melalui upaya memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB terutama bagi keluarga miskin dan rentan serta daerah terpencil; peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi bagi pasangan usia subur, tentang kesehatan reproduksi, melindungi peserta keluarga berencana dari dampak negatif penggunaan alat dan obat kontrasepsi; peningkatan kualitas penyediaan dan pemanfaatan alat dan obat kontrasepsi dan peningkatan pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif serta efisien untuk jangka panjang.
- 2) Meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi remaja dalam rangka menyiapkan kehidupan berkeluarga yang lebih baik, serta pendewasaan usia perkawinan melalui upaya peningkatan pemahaman kesehatan reproduksi remaja; penguatan institusi

- masyarakat dan pemerintah yang memberikan layanan kesehatan reproduksi bagi remaja; serta pemberian konseling tentang permasalahan remaja,
- 3) Meningkatkan pemberdayaan dan ketahanan keluarga dalam kemampuan pengasuhan dan penumbuh kembangkan anak, peningkatan pendapatan keluarga khususnya bagi keluarga Pra-Sejahtera dan Keluarga Sejahtera-I, peningkatan kualitas lingkungan keluarga; dan
- 4) Memperkuat kelembagaan dan jejaring pelayanan KB bekerja sama dengan masyarakat luas, dalam upaya pengendalian jumlah dan laju pertumbuhan penduduk dan pembudayaan keluarga kecil berkualitas.

Kedua, kebijakan pembangunan kependudukan diarahkan untuk menata pembangunan kependudukan melalui:

- 1) Menata kebijakan persebaran dan mobilitas penduduk secara lebih seimbang sesuai dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan, melalui peningkatan pertumbuhan ekonomi wilayah,
- 2) Menata kebijakan administrasi kependudukan guna mendorong terakomodasinya hakhak penduduk dan meningkatakan kualitas dokumen, data dan informasi penduduk, dalam mendukung perencanaan dan pelaksanaan pembangunan berkelanjutan serta pelayanan publik, antara lain melalui penyelenggaraan registrasi penduduk.

Kepala Kantor KB (Muhammad Thuhri) lebih jauh mengatakan dalam rangka mendukung penurunan laju pertumbuhan penduduk dan peningkatan kesejateraan keluarga ditempuh dengan salah satu pendekatan yaitu program keluarga berencana disamping program pembangunan lainnya, program keluarga berencana dimaknai sebagai upaya peran serta masyarakat dalam penundaan usia kawin, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahan dan peningkatan kesejahteraan keluarga. Lebih lanjut dikatakan bahwa semakin kecil komposisi penduduk usia di bawah 19 tahun dan semakin besar jumlah usia produktif akan memberikan peluang besar terhadap peningkatan kesejahteraan keluarga mengingat beban ketergantungan keluarga semakin kecil, tentunya harus didukung dengan infrastruktur perekonomian. Oleh karena itu, pemerintah daerah khususnya Lombok Timur dengan jumlah penduduk di atas satu juta memberikan perhatian pada upaya penekanan laju pertumbuhan penduduknya dengan menyiapkan berbagai terobosan yaitu penyiapan anggaran, ketenagaan program, penguatan institusi masyarakat pedesaan dan penguatan kelompok-kelompok kegiatan (Poktan) yang dapat disajikan sebagai berikut:

## 2.1 Anggaran Keluarga Berencana

Dalam pelaksanaan Program KB sebagai upaya penurunan laju pertumbuhan penduduk di Kabupaten Lombok Timur sampai dengan Desember 2007 didukung oleh beberapa sumber pendanaan yaitu APBD II, APBN dan BLN.

## 2.1.1 Dukungan Anggaran Sumber APBD II Lombok Timur 2007.

Anggaran untuk sektor Keluarga Berencana tahun 2007 sebesar Rp 744.242.850 untuk mendukung 9 Program dengan 35 kegiatan .

- 1) Program Keluarga Berencana Rp. 154.268.500
  - a) Penyediaan pelayanan KB dan Alat Kontrasepsi bagi keluarga miskin Rp. 26,850,000
  - b) Pelayanan KIE Rp. 41,763,500
  - c) Promosi pelayanan KHIBA Rp. 5,250,000
  - d) Poktan BKB, UPPKS, Promosi produk klp. UPPKS tk. Kec/Kab dlm. Kegia tan HARGANAS Rp. 75,405,000
  - e) Pengadaan sarana mobilitas Tim KB Keliling Rp. 5,000,000
- 2) Program Kesehatan Reproduksi Remaja Rp. 7.496.300
  - a) Advokasi KIE tentang KRR 3,750,000
  - b) Memperkuat dukungan dan partisipasi masyarakat 3,746,300
- 3) Program Pelayanan Kontrasepsi Rp. 235.837.700
  - a) Orientasi konseling KB bagi PKB Rp. 9,970,000
  - b) Pelayanan pemasangan kontrasepsi KB Rp. 37,460,000
  - c) Pengadaan alat kontrasepsi bagi keluarga miskin Rp. 93,005,000
  - d) Pelayanan KB Non Hormonal Rp. 15,000,000
  - e) Ops. Pelayanan KB mel. Bhakti KB Bhayangkara Rp. 14,521,700
  - f) Ops. Pelayanan KB mel. Tentara Manunggal KB Kes Rp. 17,108,500
  - g) Ops. Pelayanan KB mel. HKG-PKK KB –Kes Rp. 3,772,500
  - h) Efektivitas distribusi alat kontrasepsi Rp. 45,000,000
- 4) Program Pembinaan Peran Serta Masyarakat Dalam Pelayanan Kb/Kr Yang Mandiri Rp. 146.668.200
  - a) Fasilitasi pembentukan masyarakat peduli KB Rp. 3,831,800

- b) Ops. Kelompok masyarakat peduli KB Rp. 40,112,000
- c) Koordinasi pengelolaan prog. KB/KS melalui forum b Rakerda dan Rakor Rp. 37,241,900
- d) Pertemuan lengkap petugas penyuluh program KB Rp. 17,689,000
- e) Pengelolaan data dan informasi program KB Rp. 38,421,500
- f) Pengeloaan laporan bulanan program KB Rp. 9,372,000
- 5) Program Peningkatan Penanggulan Narkoba, Pms Termasuk Hiv/Aids Rp. 2,375,000
  - a) Penyuluhan penanggulangan Narkoba dan PMS di Sekolah Rp. 2,375,000
- 6) Program Pengembangan Bahan Informasi Tentang Pengasuhan Dan Pembinaan Tumbuh Kembang Anak Rp. 4.005.000
  - a) Pengumpulan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak Rp. 4.005.000
- 7) Program Pengembangan Model Operasional Bkb-Posyandu-Padu Rp. 12.964.350
  - a) Pengkajian pengembangan model operasional BKB- Posyandu dan PADU Rp.
     7.500,000
  - b) Orientasi kader pengelola kelompok kegiatan terpadu BKB/Posyandu/PADU Rp. 5,464,350
- 8) Program Peningkatan Sarana Dan Prasarana Aparatur Rp. 93.198.800
  - a) Pemeliharaan rutin/ berkala gedung kantor Rp. 6,400,000
  - b) Pemeliharaan rutin/ berkala mobil jabatan Rp. 43,968,800
  - c) Pemeliharaan Meubelair Rp. 11,830,000
  - d) Pengadaan Komputer / PC Rp. 31,000,000
- 9) Program Pelayanan Administrasi Dan Perkantoran Rp. 87.429.000
  - a) Penyediaan jasa komunikasi sumber daya air dan listrik Rp. 13,500,000
  - b) Penyediaan Alat Tulis Kantor Rp. 18,345,000
  - c) Penyediaan barang cetakan dan penggandaan Rp. 4,784,000
  - d) Penyediaan makanan dan minuman Rp. 4,200,000
  - e) Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah Rp. 20,200,000
  - f) Penyediaan jasa pengelolaan alkont dan non alkont Rp. 26,400,000

## 2.1.2 Dukungan Anggaran Sumber APBN melalui BKKBN Propinsi NTB.

Alokasi dan besaran dana sumber APBN melalui BKKBN Propinsi NTB tahun 2007 sebesar Rp 513.890.000, yang sampai Desember 2007 direalisasikan sebesar Rp. 438.290.000 (85,29 %)

- 1) Keluarga Berencana Rp. 272,700,000
- 2) Kesehatan Reproduksi Remaja (Krr) Rp. 20,400,000
- 3) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga Rp. 66,600,000
- 4) Penguatan Pelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas Rp. 149,540,000
- 5) Penyelenggaraan Pimpinan Kenegaraan Dan Kepemerintahan Rp. 4,650,000

## 2.1.3 Dukungan Anggaran Sumber Bantuan Luar Negeri (UNFPA)

Sumber dana dari UNFPA (BLN) melalui Bappeda Kabupaten Lombok Timur Tahun 2007 Program KB bantuan UNFPA sebesar Rp 129.880.000,- dan kegiatannya dialokasikan untuk penguatan pada lima (5) Kecamatan yaitu; Sukamulia, Masbagik, Sakra, Selong dan Pringgabaya.

Sampai dengan Desember 2007 terealisasi anggaran sebesar Rp 113.380.000 atau 87,30 %, yang belum direalisasikan sebesar Rp. 16.500.000, untuk kegiatan seperti yang terlihat pada tabel 4. Dukungan anggaran sumber UNFPA beserta kegiatan dan realisasinya dapat dilihat dalam tabel 4.

Tabel 4; Sumber Dana UNFPA 2007.

No	Judul	Jumlah	Realisasi	%
INO	Program dan Kegiatan	Dana (Rp)	(Rp)	Tase
	Workshop usia perkawinan ideal		4-10-511	4
1	bagi pengelola media	6,000,000	6.000.000	100,00
	Training Pelayanan Konseling		NUME	TIELS
2	Kespro bagi Bidan	7,500,000	7.500.000	100,00
	Pemantapan KIE dan Konseling			
3	Kesehatan Reproduksi	24,000,000	24.000.000	100,00
	bagi petugas Puskesmas di lima			
	Kecamatan	C D		
	Workshop pendewasaan usia	3 BR	A	
4	perkawianan bagi pengelola KB	24,750,000	24.750.000	100,00
	Kecamatan dan Desa di lima			
	Kecamatan			
	Workshop partisipasi pria dalam			
5	Keluarga Berencana	24,750,000	24.750.000	100,00
	Pengadaan buku KIE KRR dan		1	
6	KB	19,300,000	19.300.000	100,00
	Sosialisasi alat kontrasepsi Non		13	
7	Hormonal	7,080,000	7.080.000	100,00
	Workshop Kespro Remaja,	\/\£1\\3		
8	HIV/AIDS, Narkoba dan Miras	16,500,000	10-	-
	bagi kelompok sebaya		6	
		129,880,000	113.380.000	87.30

Sumber: Cukilan dana UNFPA Lotim

Berdasarkan tabel di atas dukungan anggaran sumber bantuan luar negeri yang mana dananya di alokasikan ke lima kecamatan. Dana tersebut di bagi dalam beberapa program yang mendukung dari program keluarga berencana dari 129.880.000 dana yang tersedia telah terealisasi sebesar 113.380.000 atau 87,30%.

## 2.1.4 Dukungan Anggaran Sumber DHS-2 (Bantuan Luar Negeri).

Sumber dana dari DHS-2 (BLN) melalui BKKBN Propinsi terdiri dari 8 kegiatan dengan total dana Rp 42.700.000 dan sampai dengan Desember 2007 sudah direalisasi sebesar Rp. 40.200.000 (94,15 %) dan anggaran yang tidak direalisasikan sebesar Rp. 2.500.000 atau sekitar 5,85 % dari total anggaran.

Kegiatan yang ada dalam bantuan BLN DHS –2 ini dialokasikan untuk tiga Kecamatan yaitu Kecamatan Labuhan Haji, Sakra Timur dan Pringgasela.

Dukungan anggaran sumber DHS-2 dapat dilihat dalam tabel 5;

Tabel 5.

Rincian Program , Kegiatan dan Realisasi Anggaran
Dari DHS-2 ( Bantuan Luar Negeri ) 2007

No         Program dan Kegiatan         Dana (Rp)         (Rp)         Tase           1         Pembentukan PIK-KRR         1,750,000         1,750,000         100.00           2         Peningkatan Kader dalam KIE         19,950,000         19,950,000         100.00           3         Operasional pembinaan         5,000,000         5,000,000         100.00           4         Operasional kegiatan PIK-KRR         4,000,000         3,000,000         75.00           5         Operasional JKK         2,000,000         2,000,000         100.00           6         Adopsi model penggarapan PPP         1,000,000         1,000,000         100.00           Pengembangan sistim         4,500,000         3,000,000         66.67		Judul	Jumlah	Realisasi	%
2         Peningkatan Kader dalam KIE         19,950,000         19,950,000         100.00           3         Operasional pembinaan mobilisasi kader         5,000,000         5,000,000         100.00           4         Operasional kegiatan PIK-KRR         4,000,000         3,000,000         75.00           5         Operasional JKK         2,000,000         2,000,000         100.00           6         Adopsi model penggarapan PPP         1,000,000         1,000,000         100.00           7         Pengembangan sistim         4,500,000         3,000,000         66.67	No				
3         Operasional pembinaan mobilisasi kader         5,000,000         5,000,000         100.00           4         Operasional kegiatan PIK-KRR         4,000,000         3,000,000         75.00           5         Operasional JKK         2,000,000         2,000,000         100.00           6         Adopsi model penggarapan PPP         1,000,000         1,000,000         100.00           7         Pengembangan sistim         4,500,000         3,000,000         66.67	1	Pembentukan PIK-KRR	1,750,000	1,750,000	100.00
3       5,000,000       5,000,000       100.00         4       Operasional kegiatan PIK-KRR       4,000,000       3,000,000       75.00         5       Operasional JKK       2,000,000       2,000,000       100.00         6       Adopsi model penggarapan PPP       1,000,000       1,000,000       100.00         Pengembangan sistim       4,500,000       3,000,000       66.67	2	Peningkatan Kader dalam KIE	19,950,000	19,950,000	100.00
5         Operasional JKK         2,000,000         2,000,000         100.00           6         Adopsi model penggarapan PPP         1,000,000         1,000,000         100.00           Pengembangan sistim         4,500,000         3,000,000         66.67	3		5,000,000	5,000,000	100.00
6 Adopsi model penggarapan PPP 1,000,000 1,000,000 100.00 Pengembangan sistim 4,500,000 3,000,000 66.67	4	Operasional kegiatan PIK-KRR	4,000,000	3,000,000	75.00
7 Pengembangan sistim 4,500,000 3,000,000 66.67	5	Operasional JKK	2,000,000	2,000,000	100.00
4,500,000   3,000,000   66.67	6	Adopsi model penggarapan PPP	1,000,000	1,000,000	100.00
penggarapan on weed weed	7	Pengembangan sistim penggarapan Un Meed Need	4,500,000	3,000,000	66.67
8 Pengembangan sistim 4,500,000 4,500,000 100.00	8		4,500,000	4,500,000	100.00
JUMLAH 42,700,000 40,200,000 94.15		JUMLAH	42,700,000	40,200,000	94.15

Sumber data ; Cukilan dana DHS – 2

Berdasarkan table di atas anggaran yang bersumber dari DHS-2 di bagi ke dalam delapan program dan lebih banyak digunakan untuk peningkatan kader dalam KIE sebesar 19.950.000. Dari ke delapan program yang ada realisasi yang belum mencapai 100% pada program operasional kegiatan PIK-KRR dan pengembangan sistem penggarapan Un Meed Need yaitu 66,67%.

Anggaran disini menurut Kepala Kantor Keluarga Berencana (Drs. M. Thuhri), "bahwa pada sektor keluarga berencana anggaran tersebut dialokasikan untuk pemberdayaan keluarga sebagai upaya peningkatan kesejateraan masyarakat yang mana ditekankan pada proses pembelajaran bagi keluarga terutama keluarga miskin untuk bisa melakukan kegiatan ekonomi produktif oleh karena itu bantuan modal kerja yang diberikan disesuaikan dengan potensi dan kemampuan keluarga artinya bantuan modal tidak melebihi angka 5 juta".

## 2.2 Ketenagaan Program

Jumlah tenaga Program pada Kantor KB Lombok Timur s/d Desember 2007 berjumlah 124 orang terdiri dari tenaga Program tingkat Kabupaten, tenaga Program tingkat Kecamatan dan Tingkat Desa.

### 2.2.1 Tenaga Program Tingkat Kabupaten.

Jumlah tenaga Program Tingkat Kabupaten berjumlah 23 orang terdiri dari jabatan Struktural dan Staf sebagai berikut :

Eselon III .a : 1 orang.

Eselon IV .a : 4 orang.

Staf : 14 orang.

Tenaga Honor Daerah : 2 orang.

Tenaga Non Honor Daerah : 2 orang.

### 2.2.2 Tenaga Program Tingkat Kecamatan dan Desa

Jumlah tenaga Program tingkat Kecamatan 7 orang dan tenaga Program Tingkat Desa 73 orang yang memegang jabatan fungsional , dari formasi pengangkatan tenaga honorer Kantor KB mendapatkan tenaga lapangan sebanyak 16 orang. Tenaga Program tingkat Kecamatan adalah tenaga Kabupaten yang diperbantukan di tingkat Kecamatan dengan jabatan Staf/PPLKB. Sedangkan tenaga Program ditingkat Desa adalah jabatan fungsional.

## 2.3 Alkont (Alat Kontrasepsi)

Alat Kontrasepsi ( Alkont ) disediakan hanya untuk keluarga miskin dan bagi keluarga mampu diarahkan kemandirian. Droping Alat kontrasepsi dari Pusat melalui BKKBN Propinsi NTB ditambahkan dengan sisa bulan sebelumnya sampai dengan Desember 2007 tercatat sebagaimana tabel 6 berikut ini :

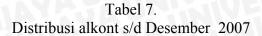
Tabel 6: Droping Alat Kontrasepsi

Dari Pusat melalui BKKBN Propinsi NTB + sisa bulan sebelumnya s/d Desember 2007.

NO	NI PATTV	ALKONT				
NO	BULAN	PIL	SUNTIKAN	IMPLANT	IUD	Kondom
	Sisa Des 06	1000	11695 (APBD) 420 (APBN)	27	325	1116
1	Januari	37,000	15,000	300	500	コナゴ・
2	Februari	36,000				
3	Maret	40,000	20,000	300	500	
4	April	_	-	403		1-11
5	Mei	100	60	250	25	
6	Juni	35,000	20,000	200	150	1,440
7	Juli	45,480	31,292	210	410	122
8	Agustus	79,700	35,372	355	4 385	76
9	September	50,300	22,392	220	360	76
10	Oktober	16,000	12,000	200	-	<b>1</b>
11	Nopember	-	-	150	-	120
12	Desember	12,000	12,000	150	400	120
	Jumlah	352,580	168,116	2,765	3,055	3,070

Sumber data: Laporan Gudang

Jumlah Alkont diatas digunakan untuk pembinaan peserta KB aktif dan memenuhi kebutuhan akseptor KB baru sebagaimana hasil pencapaian program sampai dengan bulan Desember 2007. Adapun distribusi alkont ke masing-masing klinik KB per bulan sampai dengan Desember 2007 dapat dilihat dalam tabel 7 berikut ini ;



	NUMERIC	ALKONT				
NO	BULAN	PIL	SUNTIKAN	IMPLANT	IUD	Kondom
1	Januari		11,695	10-10		(4-)
2	Februari	71,000	10,660	140	100	4-18
3	Maret	400	360	221	200	
4	April	5,800	4,838	643	565	288
5	Mei	5,200	2,280	243	175	1,260
6	Juni	29,630	13,760	160	100	36
7	Juli	2,780	3,420	105	25	76
8	Agustus	29,400	12,980	135	25	17
9	September	900	822	25	25	17
10	Oktober	28,000	12,000		-	3
11	Nopember	2,700	2,310	275	45	-
12	Desember	3,400	3,800	259	165	5
4	Jumlah	179,210	78,925	2,207	1,425	1,702

Sumber data: Laporan Gudang

Berdasarkan tabel di atas distribusi alkont tahun 2007 yang terbanyak untuk Pil sebesar 179.210 dan yang paling sedikit pada alat kontrasepsi jenis IUD sebesar 1.425. distribusi alat kontrasepsi yang terbesar terdapat pada bulan juni dan yang terkecil pada januari yang hanya pada alat kontrasepsi jenis suntikan.

Pengadaan alat kontrasepsi yang bersumber dari APBD Lombok Timur tahun 2007 terlihat pada tabel 8 berikut :

Pengadaan Alkon yang bersumber dari APBD Lotim

	Jeniis	Jumlah	Keterangan
NO	Alkon	<b>1</b>	
1	Suntikan	9.902 vial	Cukup dan baik
2	Pil	7.041 cycle	Cukup dan baik

Berdasarakan tabel di atas pengadaan alkon yang bersumber dari APBD Lombok timur hanya pada jenis suntikan dan pil. Di karenakan kemampuan dari pemerintah daerah untuk mengadakan alat kontrasepsi yang lainnya sangat terbatas.

Dari tabel 6, 7 dan 8 di atas sisa kontrasepsi sampai dengan bulan Desember 2007 permix kontrasepsi sebagai berikut ;

IUD : 525 Set

Implant : 160 Set

Suntikan : 37.762 vial

Pil : 49.941 cy

Kondom : 288 lusin

Dari sisa alat/obat kontrasepsi keadaan stock sampai Desember 2007, setidaknya dapat memenuhi kebutuhan untuk pelayanan akseptor baru ditambah dengan pembinaan akseptor aktif sampai triwulan pertama tahun 2008.

### 2.4 Penguatan dan Pengembangan Intitusi Masyarakat Pedesaan (IMP)

Keberhasilan Program KB selama ini tidak terlepas dari dukungan dan partisipasi masyarakat atau Institusi Masyarakat Pedesaan (IMP) . Peranan Toga/Toma, Kader dalam Program KB meliputi : KIE, Pembinaan dan Pelayanan ulang alkont sederhana, Catatan / Register KB, Pelaporan , Rujukan dll.

IMP di Kabupaten Lombok Timur tersebar pada semua Desa dan Dusun meliputi : PPKBD ,dan Sub PPKBD yang digerakkan oleh tenaga kader sebanyak 2.613.

## 2.5 Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga

Untuk meningkatkan ketahanan dan pemberdayaan keluarga sebagai upaya mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera, pemerintah Kabupaten Lombok Timur menempuh berbagai kebijakan yang dituangkan dalam beberapa Program, diantaranya melalui Program Peningkatan Ketahanan Keluarga dan Pemberdayaan Keluarga .

Program ketahanan keluarga bertujuan mengembangkan kemampuan keluarga dalam pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak, pembinaan remaja serta peningkatan kualitas lingkungan keluarga. Bentuk program ini meliputi;

- 1) Program Bina Keluarga Balita
- 2) Program Bina Keluarga Remaja
- 3) Program Bina Lingkungan Keluarga
- 4) Kelompok Bina Keluarga Balita (BKB)

Adapun Program Pemberdayaan Ekonomi Keluarga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemandirian keluarga (khususnya para istri) dibidang usaha dalam rangka ikut membantu suami dalam penguatan ekonomi keluarga melalui usaha peningkatan pendapatan keluarga sejahtera (UPPKS).

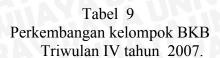
## 2.5.1 Peningkatan Ketahanan Keluarga

## 1. Kelompok Bina Keluarga Balita (BKB)

Untuk meningkatkan Ketahanan Keluarga dikembangkan kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB), dengan tujuan agar keluarga yang mempunyai anak balita dapat diarahkan dan dikembangkan sehingga kemampuan anak terutama sikap mental dapat berkembang dengan baik dan wajar sesuai usia anak tersebut.

Adapun perkembangan BKB triwulan IV 2007 di Kabupaten Lombok Timur, dari 97 yang ada telah berkembang menjadi 109 kelompok, ada penambahan 12 kelompok di Kecamatan Jerowaru (2 klp), Montong Gading (4 klp), Pringgabaya (5 klp) dan Wanasaba (1 klp).

Dari sisi tingkat pelaporan kegiatan BKB dari 109 kelompok yang ada melapor 83 kelompok atau 67 %. Tingkat kehadiran ibu-ibu peserta BKB dari 84 kali pertemuan yang hadir 1.806 orang atau 51,44 % dari 3.511 ibu yang terdaftar sebagai peserta BKB, rincian kelompok BKB per Kecamatan seperti pada tabel 9.



	MALL		JUMLAH	BR	% tase
NO.	. KECAMATAN	Kel BKB Yg ada	Perkembangan Kelompok BKB	KEL BKB Yg lapor	kelompok BKB yang lapor
1	Keruak	4		3	75
2	Jerowaru	4	2	4	67
3	Sakra	3		2	67
4	Sakra Barat	4	-	4	100
5	Sakra Timur	3	-	3	100
6	Terara	2	-	1	50
7	Mt.Gading	5	4	5	56
8	Sikur	7		7	100
9	Masbagik	10	IA3 B	4	40
10	Pr.Sela	5	-	3	60
11	Sukamulia	5	-	2	40
12	Suralaga	6	-	4	33
13	Selong	12	-	4	33
14	Lb.Haji	7	1	$\sim$ 5	71
15	Pr.Baya	13	5	13	72
16	Suela	7	2/8318/4	7	100
17	Aikmel	5	1 18-16		100
18	Wanasaba	(3-(1))		3	75
19	Sembalun	2		2 (	100
20	Sambalia	2	以 L L L L L L L L L L L L L	2	100
	JUMLAH	109	12	84	67

Sumber data; Laporan FI.Dal

Berdasarkan tabel di atas perkembangan kelompok bina keluarga balita belum mencapai 100%, hal ini disebabkan karena dari jumlah kelompok yang ada tidak semua kelompok di setiap kecamatan melaporkan perkembangannya. Sehingga hasilnya yang ingin di capai belum maksimal.

## 2. Kelompok Bina Keluarga Remaja (BKR)

Kelompok Bina Keluarga Remaja (BKR) dimaksudkan sebagai wadah bagi keluarga yang mempunyai anak remaja, agar dapat membimbing dan mengarahkan anak remaja tersebut, hidup sehat lahir dan bathin (terhindar dari Napza/HIV/AIDS).

Remaja kita diharapkan dapat memfilter budaya-budaya yang datang dari luar yang tidak sesuai dengan budaya, norma dan agama kita. Sebagai pengembangan dari kegiatan ini dibentuk suatu wadah untuk remaja guna mendapat informasi tentang Kesehatan Reproduksi Remaja yang disebut Pusat Informasi/ Komunikasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) . Perkembangan kelompok BKR sampai Desember 2007 dari 78

kelompok yang ada menjadi 81 kelompok artinya ada pengembangan 3 kelompok di Jerowaru (1 klp) dan Sembalun (2 klp), namun tingkat laporan kegiatannya 54 kelompok atau 66,67 %. Jumlah keluarga yang terlibat dalam kelompok BKR 1.814 dan dari 31 kegiatan pertemuan tingkat kehadirannya 868 keluarga atau 47,85 %.

Kelompok BKR yang telah mengembangkan Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) sebanyak 14 kelompok yang tersebar pada 10 Kecamatan sebagaimana tabel 10.

Tabel 10
Perkembangan kelompok BKR Dan PIK-KRR
Triwulan IV tahun 2007.

Triwulan IV tahun 2007.						
				JUMLA	AH .	
NO.	KECAMATAN	Kel BKR Yg ada	Perkemb angan Kelompo k BKR	KEL BKR Yg lapor	% tase BKR yang lapor	Perkemban gan PIK- KRR
1	Keruak	2	$\langle 0 \rangle$	1 \	50,00	0
2	Jerowaru	3	1911	4 4	100,00	0
3	Sakra	2	0	12	50,00	1
4	Sakra Barat	2/	0	2	100,00	0
5	Sakra Timur	2	0	2	100,00	2
6	Terara	(1/5)	0	0	0,00	0
7	Mt.Gading	5	<b>(0)</b>	- 5	100,00	1
8	Sikur	6	0	5	83,33	1
9	Masbagik	$\mathcal{L}_2$	0	$\sqrt{2}$	100,00	1
10	Pr.Sela	4	0	3	50,00	1
11	Sukamulia	115	0	2	200,00	1
12	Suralaga	6	0	1	16,67	0
13	Selong	4	0	2	50,00	2
14	Lb.Haji	5	0	/ 1	20,00	1
15	Pr.Baya	10	0.5	6	60,00	1
16	Suela	6	0	6	100,00	0
17	Aikmel	5	0	5	100,00	1
18	Wanasaba	8	0	3	37,50	1
19	Sembalun	2	2	4	100,00	0
20	Sambalia	2	0	1	50,00	0
	JUMLAH	78	3	56	67,90	14

Sumber data ; Laporan F/I/Dal

Berdasarakan tabel di atas perkembangan kelompok bina keluarga remaja juga masih belum mencapai 100%. Dari jumlah kelompok yang ada di Lombok Timur hanya tiga

kelompok yang mengalami perkembangan yang bagus dan terdapat kecamatan Jorowaru dan sembalun.

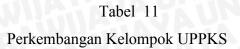
## 3. Kelompok Bina Kualitas Lingkungan Keluarga (BKLK)

Kelompok Bina Kualitas Lingkungan Keluarga (BKLK) diharapkan sebagai percontohan dalam menata lingkungan yang bersih dan sehat dengan dilandasi semangat gotong royong dan kebersamaan.

### 2.5.2 Pemberdayaan Ekonomi Keluarga.

Kelompok Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) merupakan program pemberdayaan ekonomi keluarga yang dikembangkan oleh sektor Keluarga Berencana . Program ini bertujuan untuk meningkatkan ketahanan dan kemandirian keluarga serta masyarakat melalui pemberdayaan keluarga dibidang ekonomi dalam rangka mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Sampai dengan saat ini jumlah kelompok UPPKS yang dapat dikembangkan sebanyak 113 kelompok dan yang baru memperoleh bantuan modal sebanyak 18 kelompok. Untuk melihat perkembangan kelompok UPPKS s/d Desember 2007 dapat dilihat dalam tabel 11 berikut ini ;



Sampai dengan Desember 2007.

NO	Nama Kelompok	Alamat	Jumlah	P+B yang Hrs	Sisa Pinjaman	Jenis
1	Kasturi	Sakra	12,000,000	13,440,000	3,980,000	Home inds
2	Selatan Pasar	Pohgading	11,000,000	12,320,000		Home inds
3	Bina karya	Aikmel	11,000,000	12,320,000	-	Dagang
4	Hidayah	Wanasaba	10,000,000	11,200,000	41117	Dagang
5	Mele Maju	Suralaga	6,000,000	6,720,000	1 2 4 5	Dagang
6	Sederhana	Pringgasela	5,000,000	5,600,000		Dagang
7	Mekar Wangi	Pringgasela	5,000,000	5,600,000	-	Dagang
8	Mekar Sari	Pringgasela	5,000,000	5,600,000	-	Dagang
9	Karsa	Pringgasela	5,000,000	5,600,000	-	Home inds
10	Lestari	Sakra	5,000,000	5,600,000	-	Home inds
11	Sari Mustika	Jenggik	5,000,000	5,600,000	4,666,000	Dagang
12	Pede Angen	Sakti	5,000,000	5,600,000	4,532,000	Dagang
13	Harapan	Sukamulia	5,000,000	5,600,000	3,266,000	Home inds
14	Taker Cobe	Pringgasela	5,000,000	5,600,000	1,916,000	Dagang
15	Melati	Wanasaba	5,000,000	5,600,000	1,864,000	Dagang
16	Fanili	Selong	6,000,000	6,720,000	2,688,000	Home inds
17	Andita Takdir		6,000,000	6,720,000	3,360,000	Dagang
18	Bunga Bangsa	Aikmel	5,000,000	5,600,000	5,600,000	Dagang
19	Cempaka	Aikmel	12,000,000	13,440,000	10,080,00 0	Dagang
	1		129,000,00	144,480,000	41,952,00 0	

Sumber data; Data Basis Kelompok UPPKS

Berdasarkan tabel di atas perkembangan kelompok UPPKS tahun 2007 sembilan kelompok telah mengembalikan pinjamannya. Jenis usaha yang di tekuni lebih kepada dagang dan home industri ini karena kemampuan masyarakatnya lebih banyak pada ke dua jenis usaha tersebut. Dari ke sembilan belas kelompok yang ada lebih lebih dominan dari kecamatan Pringgasela.

Dari sejumlah sisa kas Rp. 52.476.000 direncanakan tahun 2008 akan dialokasikan ke kelompok – kelompok seperti pada tabel 12 berikut ;

Rencana Alokasi bantuan modal Kelompok UPPKS
Tahun 2008

	1411411 2000					
No	Kecamatan	Desa	Nama Kelompok			
1	Aikmel	Aikmel	Bina Karya			
		Aikmel Utara	Mele Maju			
2	Wanasaba Bebidas Ce		Cempaka			
3	Suralaga	Suralaga	Sederhana			
4	Pringgasela	Jurit	Mekar wangi			
		Pengadangan	Karsa			
70)-		Pengadangan	Lestari			
		Jurit	Mekar sari			
5	Sambalia	Labuan Pandan	Pandan Wangi			

Sumber data; Data Basis Kelompok UPPKS

Berdasarkan table di atas rencana alokasi bantuan modal untuk kelompok UPPKS dari lima kecamatan yang akan mendapat bantuan kecamatan Pringgasela yang memiliki paling banyak kelompok UPPKSnya yaitu berjumlah empat kelompok dari dua desa.

Menurut Kepala Kantor Keluarga Berencana (Drs. M. Thuhri) "kaitan ketahanan keluarga dengan program keluarga berencana dilihat dari aspek kesejahteraan adalah bahwa perlu dipahami bahwa program keluarga berencana di Indonesia pada umumnya berbeda dengan negara lain. Program keluarga berencana di Indonesia di maknai sebagai suatu upaya dan peran serta masyarakat untuk penundaan usia kawin, pengaturan kelahiran, peningkatan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga dari batasan tersebut. Program ketahanan keluarga dan program kesejateraan keluarga merupakan satu kesatuan dalam program keluarga berencana dengan pengertian suatu keluarga mengadopsi keluarga kecil dengan melakukan penundaan kelahiran dengan alat kontrasepsi. Diharapkan juga keluarga tersebut dapat memperkuat ketahanan keluarganya dan sekaligus dapat memperkuat aspek kesejahteraan keluarga dengan mengembangkan ekonomi produktif dalam keluarga. Harapannya melalui program KB setiap keluarga mempenyai atau dilandasi oleh kekuatan pendidikan keluarga, kesehatan keluarga dan ekonomi keluarga.

Peningkatan kesejateraan masyarakat dilakukan melalui program bina keluarga yang merupakan bagian dari program ketahanan keluarga yang kegiatannya mengikuti siklus manusia. Dimana bentuk kegiatannya mulai dari kegiatan posyandu untuk menjaga kesehatan ibu hamil sampai dengan usia anak satu tahun yang dilanjutkan dengan bina keluarga balita yaitu anak berumur 1 sampai 6 tahun yang mana kegiatan bina keluarga balita merupakan peningkatan kualitas ibu dan anak, tindak lanjutnya pada program bina keluarga remaja dan yang pada akhirnya masuk pada binan keluarga lansia.

Sedangkan UPPKS merupakan bagian dari program peningkatan kesejateraan keluarga yang titik tekannya pada pembelajaran bagi keluarga untuk melakukan kegiatan ekonomi produktif untuk memperkuat ekonomi keluarga".

## 3. Faktor-faktor Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk di Kabupaten Lombok Timur.

### 3.1 Faktor Penghambat

- 1. Era desentralisasi berdampak pada menurunnya kemauan politik dalam penyelenggaraan program KB hal ini ditandai dengan mengecilnya kelembagaan pengelola program KB. hal ini menyulitkan dilihat dari aspek koordinasi.
- 2. Sumber daya pengelola program penyuluh atau petugas lapangan KB (PKB/PLKB) sebagai tenaga fungsional banyak mengalami regenerasi atau perubahan status kepegawaian menjadi struktural, demikian juga Pos Pembina KB Desa (PPKBD), Sub Pos Pembina KB Dusun (Sub PPKBD), Kader yang selama ini berperan dalam pengendalian mekanisme operasional KB dilapangan semakin berkurang, Lebihlebih arah gerak PKB/PLKB dan Institusi Masyarakat Pedesaan tidak hanya berorientasi pada usaha peningkatan akses dan kualitas pelayanan keluarga berencana, tetapi juga memfasilitasi kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja, peningkatan ketahanan dan pemberdayaan keluarga, serta peguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas.
- 3. Belum merata penguatan jaringan pelayanan KB dengan menyertakan peran dari berbagai komponen masyarakat. Seperti penyediaan alat dan obat kontrasepsi memberikan peran pada sektor swasta melalui keterpaduan dengan Alkon LIBI dan melalui Jaminan Ketersediaan Kontrasepsi (public-private mix) untuk peningkatan kualitas jaminan distribusi alat/obat kontrasepsi keseluruhan klien dengan dukungan sistem informasi data keluarga yang berbasis data mikro dan berada di kelompok masyarakat tingkat terbawah.
- 4. Jejaringan operasional di lini lapangan saat ini belum sepenuhnya mampu mengatasi berbagai tantangan yang ada di era desentralisasi ini. Tantangan akibat pergeseran global, dengan tuntutan tentang pendekatan KB yang tidak dapat lagi berorientasi pada masalah demografis semata. Tantangan lainnya berkaitan dengan beberapa *issue* perubahan peraturan perundangan tentang sistem politik dan pemerintahan, serta keterbatasan kemampuan pemerintah dalam penyediaan anggaran pembangunan.

- 5. Ketidak setaraan gender dalam bidang KB dan Kesehatan reproduksi sangat berpengaruh pada keberhasilan program. Ketidak setaraan gender terjadi hampir pada seluruh tahapan kehidupan didalam keluarga. Sebagai contoh, keluarga seringkali mementingkan kepentingan anak laki-lakinya dibanding perempuannya dalam hal pemberian pangan, pendidikan, kesehatan dan pelatihan-pelatihan keterampilan tertentu. Padahal, diskriminasi antar jenis kelamin, status sosial-ekonomi anak perempuan dan laki-laki sering kali berdampak pada kesehatan, emosi dan fisik serta rendahnya kemampuan untuk mengatur dirinya sendiri, terutama dalam hal-hal yang berkaitan dengan hak-hak dan kesehatan reproduksi perempuan. Apalagi rendahnya pendidikan perempuan saat ini akan menyulitkan segala upaya dalam mengurangi ketidak adilan dan kesetaraan gender, termasuk dalam KB dan kesehatan reproduksi. Sebagian besar masyarakat dan provider serta penentu kebijakan masih menganggap bahwa penggunaan kontrasepsi adalah urusan perempuan. Oleh karena itu, peserta KB pria masih sangat rendah (0,41 %) dari total peserta KB Aktif yang ada, disamping masih relatif rendahnya kepedulian pria terhadap proses reproduksi keluarganya, terutama dalam hal kehamilan dan kelahiran. Rendahnya partisipasi pria tersebut merupakan manifestasi ketidak-adilan dan ketidak setaraan gender.
- 6. Kemiskinan dan pemerataan serta akses dan kualitas pelayanan. Isu pengentasan kemiskinan tidak saja berarti pemberdayaan ekonomi namun juga pemberian akses kepada mereka yang miskin dalam hal pendidikan dan kesehatan termasuk akses mereka untuk ber KB. Upaya pemenuhan kebutuhan ini atau dalam bahasa program disebut *unmeet need* merupakan tantangan mendasar pelaksanaan program KB. Pada tataran global pun *unmeet need* tersebut dijadikan sebagai salah satu indikator keberhasilan program. Kemiskinan selalu berhubungan dengan masalah pemerataan, akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Masalah yang timbul dalam kesehatan keluarga, terutama kesehatan ibu dan anak lebih besar pada daerah-daerah yang miskin (tertinggal). Hal ini karena: Pelayanan KB dan kesehatan reproduksi di daerah miskin seringkali belum tersedia secara meluas; Sulitnya menembus hambatan (*barrier*) geografis/ fisik; Ketersediaan tenaga yang tidak memadai; Sumber dana dan tenaga yang kurang; dan biaya pelayanan tidak terjangkau oleh penduduk miskin.

### 3.2 Faktor Pendukung.

- 1. Melihat kondisi kelembagaan organisasi pengelola program KB pada tingkat kabupaten/kota saat ini, pemerintah pusat dengan berbagai regulasi seperti dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Dalam Negeri No; 13 tahun 2006 tentang pengelolaan keuangan daerah telah menetapkan Program Keluarga Berencana merupakan pelayanan sosial dasar. Hal ini dapat menjamin keberlangsungan operasional pelayanan program di daerah. Demikian juga Peraturan Pemerintah No. 38 tahun 2007 tentang Pembagian Kewenangan antara pemerintah dengan Pemerintah Daerah serta Peraturan Pemerintah No 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah dimana di dalamnya program KB masuk dalam rumpun lembaga teknis daerah yang memungkinkan kelembagaannya setingkat Badan.
- 2. Dari sisi agama khususnya agama islam KB tidak lagi menjadi issu yang dipertentangkan pada posisi boleh dan tidak boleh hal ini ditunjukkan dengan semakin meningkatnya peran Tokoh agama, Pondok Pesantren dalam program KB dimana setiap Pondok Pesantren memiliki Klinik-klinik KB.
- 3. Pada saat ini norma keluarga kecil sudah menjadi kebutuhan mendasar bagi kebanyakan keluarga. Data tentang nilai anak serta *unmeet need* menunjukkan bahwa program KB memang dibutuhkan oleh masyarakat, tetapi masih sebagian penduduk belum dapat memanfaatkan pelayanan yang disediakan. Disisi lain, program KB ditandai semakin meningkatnya peran serta masyarakat dan swasta serta kemandirian dalam ber KB. Kondisi ini harus semakin ditingkatkan sehingga mereka yang tidak tergolong miskin harus benar-benar mandiri dalam ber KB. Namun disamping meningkatkan kemandirian maka juga harus diupayakan peningkatan pemahaman bahwa KB tidak saja bermanfaat bagi pengaturan kelahiran namun juga bermanfaat bagi kesehatan ibu dan anak. Dengan kata lain, KB bermanfaat bagi peningkatan kualitas generasi mendatang. Isu yang terakhir ini merupakan tantangan besar bagi pelaksanaan program KB di Indonesia, sehingga KB perlu dijadikan upaya penting untuk memiliki anak ideal dan menjadi keluarga yang sejahtera dan berkualitas.
- 4. Makin meningkatnya peran swasta dan kemandirian masyarakat dalam ber KB harus dipandang sebagai suatu peluang pengembangan program KB bagi pemerintah

khususnya di Kabupaten Lomobok Timur. Dalam kondisi keuangan negara yang makin terbatas, maka pemerintah dapat lebih memfokuskan permasalahan pada bidang tertentu terutama terkait dengan keluarga miskin. Isu negatif tentang pentingnya KB di daerah-daerah tertentu tidak akan menghilang apabila aspek pelayanan KB tidak dikaitkan dengan kondisi kemiskinan di daerah. Kemiskinan dan kemunduran sosial dan budaya adalah aspek-aspek yang menjadi tantangan berat bagi pembangunan.

## C. Analisis dan Interprestasi Data

1. Alih Fungsi Penyediaan dan Pelayanan Kontrasepsi dari Sektor Publik ke Sektor Privat di Kabupaten Lombok Timur.

Sejak pelaksanaan desentralisasi, sesuai dengan Keppres Nomor 09 Tahun 2004, yang melimpahkan sebagian kewenangan di bidang keluarga berencana kepada pemerintah kabupaten/ kota, program KB Nasional mengalami masa yang sangat menentukan. Salah satu isu strategis dan tantangan utama yang dihadapi adalah kelangsungan program. Melalui program keluarga berencana telah dikembangkan usaha untuk menumbuhkan keikutsertaan sektor swasta dalam penanganan program kependudukan dan keluarga berencana. Diusahakan untuk menciptakan iklim yang memberikan kemudahan dan keleluasaan pada masyarakat agar mampu meningkatkan peranannya. Hal ini dilakukan melalui mobilisasi sumber daya, dana dan sarana. Dengan demikian, secara bertahap masyarakat dapat mengusahakan dan membiayai sendiri pelayanan keluarga berencana sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan masing-masing.

Dengan keluarnya Keppres Nomor 09 Tahun 2004, dimana kewenangan di bidang keluarga berencana dalam memberikan pelayanan kepada pasangan usia subur tidak hanya menjadi kewenangan dari pemerintah tetapi sudah menjadi kewenangan dari sektor swasta. Di Kabupaten Lombok Timur animo masyarakat (pasangan usia subur) untuk menggunakan alat kontrasepsi cukup tinggi hal tersebut dapat dilihat dari meningkatnya peserta KB baru pada bulan desember tahun 2007 sebesar 48.919 atau 128,03 % dari PPM PB sebesar 38.208. Hal tersebut juga dapat dilihat dari perbandingan peserta KB pada tahun 2006 hanya berjumlah 35.126 dan pada tahun 2007 peserta KB mengalami peningkatan yaitu sebesar 13.793 atau 39,27 %. Peningkatan jumlah peserta KB baru

pada tahun 2007 telah melebihi target dari pemerintah Kabupaten Lombok Timur yaitu sebesar 11.711 atau 29,99%". Dengan peningkatan jumlah peserta KB pemerintah Kabupaten Lombok Timur tidak mampu menyediakan dan memberikan pelayanan secara maksimal sehingga dibutuhkan peran dari sektor swasta di dalam menyediakan dan memberikan pelayanan kontrasepsi.

Pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan (Gronroos 1990, h. 27).

Alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat dalam program keluarga berencana di Kabupaten Lombok Timur sampai sekarang sudah berjalan hal tersebut dapat dilihat dari jumlah peserta KB aktif sebesar 153.587 akseptor pada bulan Desember 2007 tercatat peserta yang telah melalui jalur kemandirian atau swasta sebesar 32.148 atau 20,93%. Komposisi kesertaan ber KB baik dari jalur pemerintah maupun swasta dimana untuk jenis alat kontrasepsi IUD dari jalur pemerintah sebesar 16.656 (10,79%) sedangkan yang melalui jalur swasta sebesar 2.261 (1,46%), MOW (metode operasi wanita) dari jalur pemerintah sebesar 3.854 (2,50%) sedangkan jalur swasta 395 (0,26%), MOP (metode operasi pria) dari jalur pemerintah sebesar 557 (0,36%) sedangkan jalur swasta 25 (0,02%), implant dari jalur pemerintah sebesar 16.986 (11,00%) sedangkan jalur swasta 657 (0,43%), suntikan dari jalur pemerintah sebesar 48.552 (31,44%) sedangkan dari jalur swasta 26.277 (17,01%), PIL dari jalur pemerintah sebesar 34.616 (22,41%) sedangkan dari jalur swasta 2.497 (1,62%) dan kondom dari jalur pemerintah sebesar 218 (0,14%) sedangkan dari jalur swasta 36 (0,02%). Hal ini juga di pertegas dengan pernyataan Kepala Kantor Keluarga Berencana Drs. M. Thuhri yang mengatakan bahwa:

"Alih peran ini dimaksudkan mengingat komposisi pasangan usia subur yaitu 62% masuk dalam kategori mampu dan 32% pasangan usia subur yang tidak mampu artinya bahwa pemerintah dengan keterbatasan anggaran mendorong pasangan usia subur yang mampu ketika mau menunda kelahiran dengan alat kontrasepsi di arahkan agar mengakses sendiri atau membiayai sendiri karena pemerintah hanya menyiapkan secara cuma-cuma bagi pasangan usia subur yang masuk dalam kategori miskin. Oleh karena itu pemerintah mendorong dokter, bidan praktek swasta agar menyiapkan kontrasepsi bagi pasangan usia

subur yang mampu begitu pun apotik yang ada. Di sisi lain pemerintah memperkuat jaringan ketersediaan kontrasepsi agar apotik, dokter dan bidan praktek swasta dapat melaksanakan pelayanan melalui jalur swasta. Dalam hal ini pemerintah khususnya pemerintah Kabupaten Lombok Timur memperkuat komunikasi, informasi, dan edukasi atau pemberian penyuluhan pada pasangan usia subur tentang ketersediaan kontrasepsi jalur swasta yang ada pada dokter dan bidan praktek swasta".

Dengan berjalannya program alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat berarti pelayanan yang diberikan oleh pemerintah daerah khususnya Kabupaten Lombok Timur telah dapat terealisasi dengan baik yang dibuktikan dengan semakin mudahnya masyarakat mendapat pelayanan alat kontrasepsi. Hal ini sesuai dengan tujuan dari pelayanan publik yaitu memuaskan dan atau sesuai dengan keinginan masyarakat/pelanggan pada umumnya. Untuk mencapai hal ini diperlukan kualitas pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat. Kualitas/Mutu Pelayanan adalah kesesuaian antara harapan dan keinginan dengan kenyataan.

Dengan adanya program alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat pemerintah daerah khusunya Kabupaten Lombok Timur telah menjalankan syarat dari pelayanan publik yaitu untuk memberikan pelayanan publik yang baik dalam rangka kepemerintahan yang baik (good Governance) paling tidak terdapat lima prasyarat yang perlu dipenuhi. *Pertama*, partisipasi yang berarti mendorong masyarakat untuk ikut ambil bagian dari proses pengambilan keputusan, baik secara langsung maupun tidak langsung. *Kedua*, mengupayakan adanya saling percaya di antara masyarakat dan pemerintah. Untuk ini birokrasi pemerintah harus mengusahakan adanya kemudahan bagi masyarakat luas untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan faktual. *Ketiga*, kemampuan untuk menyikapi setiap masalah yang timbul, menampung aspirasi dan keluhan masyarakat secara tepat tanpa ada perbedaan. *Keempat*, profesionalisme yang terlihat dari kemauan, kemampuan, dan keahlian birokrasi pemerintah sehingga mereka mampu melayani publik secara mudah, cepat, akurat, dan sesuai permintaan. *Kelima*, akuntabilitas dari setiap kebijakan publik, terutama yang menyangkut keputusan politik, perpajakan maupun anggaran pemerintah.

Dari kelima persyaratan tersebut pemerintah daerah khususnya Kabupaten Lombok Timur. *Pertama*, mampu meningkatkan partisipasi masyarakat khususnya pihak

swasta/privat di dalam ikut serta dalam penyediaan dan pelayanan kontrasepsi sehingga tercipta masyarakat yang mandiri di dalam pemenuhan kebutuhan akan alat kontrasepsi. *Kedua*, dengan terciptanya kerjasama yang baik antara pihak pemerintah daerah yang diwakili oleh kantor keluarga berencana dengan pihak swasta/privat di dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat akan alat kontrasepsi sehingga masyarakat dengan mudah memenuhi kebutuhannya.

Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Kepala Kantor Keluarga Berencana (Drs. Muhammad Thuhri) "pemerintah daerah khusunya Kabupaten Lombok timur telah memperkuat komunikasi, informasi, dan edukasi atau pemberian penyuluhan pada pasangan usia subur tentang ketersediaan kontrasepsi jalur swasta yang ada pada dokter dan bidan praktek swasta".

Yang *ketiga*, dengan adanya program alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat/swasta pemerintah Kabupaten Lombok Timur telah menjalan keluhan masyarakat akan pentingnya pelayanan alat kontrasepsi. *Keempat*, kemudahan masyarakat untuk memperoleh alat kontrasepsi membuktikan kemauan dari pemerintah Kabupaten Lombok Timur untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dengan memberikan pelayanan yang baik. *Kelima*, pemerintah daerah Kabupaten Lombok Timur telah membuat kebijakan pengembangan jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi baik untuk keluarga miskin maupun mampu di Kabupaten Lombok Timur dikeluarkan Surat Keputusan Bupati Lombok Timur Nomor: 188.45/428/KB/2005 tentang pembentukan tim jaminan ketersediaan kontrasepsi (JKK) Kabupaten Lombok Timur. Sehingga kebutuhan masyarakat dapat dipenuhi dan memberikan pelayanan secara maksimal.

Pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa kebutuhan masyarakat akan alat kontrasepsi sangat besar tetapi hal itu tidak diikuti dengan kemampuan dari pemerintah dalam penyediaannya sehingga pemerintah mengambil kebijakan dengan mengalih perankan penyediaan dan pelayanan kontrasepsi ke jalur swasta untuk pasangan usia subur yang masuk dalan kategori mampu. Dengan langkah tersebut keinginan pemerintah khususnya pemerintah Kabupaten Lombok Timur dalam memberikan pelayanan kontrasepsi secara maksimal dapat tercapai.

# 2. Upaya Pemerintah Daerah dalam Rangka Menurunkan Laju Pertumbuhan dan Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga.

Secara umum terdapat tiga area yang menjadi fokus kebijakan kependudukan di Indonesia. Pertama adalah pengedalian kuantitas penduduk. Di dalam kebijakan ini yang paling menonjol adalah pengelolaan kuantitas penduduk melalui pengaturan kehamilan dan kelahiran (program keluarga berencana) dan penurunan kematian (program kesehatan). Kedua adalah peningkatan kualitas penduduk melalui program kesehatan dan pendidikan. Ketiga adalah pengarahan mobilitas penduduk utamanya melalui program transmigrasi dan pembangunan wilayah. Disamping itu penyempurnaan sistem informasi kependudukan juga menjadi fokus kebijakan kependudukan di Indonesia.

Pembangunan kependudukan dan keluarga kecil berkualitas merupakan langkah penting dalam mencapai pembangunan berkelanjutan. Hal ini diselenggarakan melalui pengendalian kuantitas penduduk dan peningkatan kualitas insani dan sumber daya manusia. Karakteristik pembangunan antara lain dilaksanakan melalui pengendalian pertumbuhan penduduk, keluarga berencana, dan dengan cara pengembangan kualitas penduduk, melalui pewujudan keluarga kecil yang berkualitas dan mobilitas penduduk. Dalam kaitan itu, aspek penataan administrasi kependudukan merupakan hal penting dalam mendukung perencanaan pembangunan, baik di tingkat nasional maupun daerah.

Kabupaten Lombok Timur telah berusaha mencapai pertumbuhan penduduk yang seimbang. Pengendalian pertumbuhan penduduk melalui program keluarga berencana dilakukan dengan memaksimalkan akses dan meningkatkan pelayanan KB terutama bagi masyarakat miskin dan penjalinan kerjasama dengan pihak swasta untuk penyediaan kontrasepsi bagi keluarga mampu. Peningkatan kualitas penyediaan dan pemanfaatan alat atau obat kontrasepsi dirasakan merupakan langkah yang efektif serta efisien untuk jangka panjang.

Pencapaian melalui program keluarga berencana, tersebut dapat dilihat dari meningkatnya peserta KB baru pada bulan desember tahun 2007 sebesar 48.919 atau 128,03 % dari PPM PB sebesar 38.208. Hal tersebut juga dapat di bandingkan dari peserta KB pada tahun 2006 hanya berjumlah 35.126 dan pada tahun 2007 peserta KB mengalami peningkatan yaitu sebesar 13.793 atau 39,27 %. Peningkatan jumlah peserta

KB baru pada tahun 2007 telah melebihi target dari pemerintah Kabupaten Lombok Timur yaitu sebesar 11.711 atau 29,99%".

Kecenderungan meningkatnya angka prevalensi merupakan hasil dari peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB, serta ketersediaan alat kontrasepsi. Dengan demikian angka prevalensi perlu terus ditingkatkan agar angka kelahiran terkendali sehingga dapat mencapai kondisi penduduk tumbuh seimbang. Oleh karena itu pemerintah daerah Kabupaten Lombok Timur menganggap peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB, dan penyediaan alat kontrasepsi menjadi sangat penting untuk menurunkan tingkat kelahiran sehingga penurunan laju pertumbuhan penduduk dapat tercapai.

Berdasarkan data yang di peroleh Kepala Kantor Keluarga Berencana (Drs. M. Thuhri) "mengatakan bahwa untuk peserta KB aktif di Kabupaten Lombok Timur juga mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2006 dimana hal ini merupakan kontribusi dari meningkatnya peserta KB baru. Dengan meningkatnya peserta KB baru dan peserta KB aktif upaya dari pemerintah Kabupaten Lombok Timur di dalam menurunkan laju pertumbuhan penduduk".

Upaya pemerintah Kabupaten Lombok Timur dalam menurunkan laju pertumbuhan penduduk melalui program keluarga berencana belum maksimal, walaupun pemerintah Kabupaten Lombok Timur sudah melakukan pergeseran penyediaan dan pelayanan alat dan obat kontrasepsi dari sektor publik ke sektor swasta. Hal tersebut terjadi karena setelah terjadinya pergeseran sistem pemerintahan dari sentralisasi ke desentralisasi di Kabupaten Lombok Timur terjadi perubahan struktur kelembagaan dari keluarga berencana yang dulunya berupa badan berubah menjadi kantor hal ini berdampak pada tenaga penyuluh program yang berfungsi sebagai penggerak dari operasional di lapangan menjadi lamban. Pada era sentralisasi tenaga penyuluh pada setiap desa ditangani oleh satu orang sedangkan pada era desentralisasi setiap satu orang tenaga penyuluh itu menangani dua sampai tiga desa sehingga dalam penyuluhan program keluarga berencana menjadi lamban. Seiring dengan perubahan sistem dari sentralisasi menjadi desentralisasi juga terjadi pengurangan anggaran secara nasional untuk penyediaan alat kontrasepsi. Sektor swasta yang akan berkontribusi dalam penyediaan alat kontrasepsi mengalami kendala dalam pelayanan karena masih banyaknya masyarakat yang memanfaatkan jalur kemandirian yang berbenturan pada aspek ekonomi. Sehingga pemerintah Kabupaten Lombok Timur belum mampu menekan laju pertumbuhan penduduk secara maksimal,

hal ini belum sesuai dengan kebijakan kependudukan untuk mengendalikan kuantitas penduduk melalui pengaturan kehamilan dan kelahiran (keluarga berencana).

Sebagai langkah awal, pembangunan kerap kali dipahami sebagai serangkaian upaya untuk memperbaiki kehidupan masyarakat, melalui langkah pencapaian pertumbuhan ekonomi yang tinggi, dengan dukungan stabilitas politik yang mantap yang kemudian memunculkan asumsi bahwa:

- (1) Seolah-olah pertumbuhan ekonomi yang tinggi akan dengan sendirinya membawa kenaikan hidup bagi masyarakat kebanyakan;
- (2) Pertumbuhan ekonomi yang tinggi berarti roda produksi telah membuka lapangan kerja dan menggairahkan pasar sehingga dapat menjawab kebutuhan masyarakat;
- (3) Dinamika politik merupakan hambatan bagi pertumbuhan ekonomi akibat terlalu sibuknya masyarakat untuk urusan-urusan politik; dan
- (4) Realitas kebudayaan masyarakat dipandang sebagai kendala kemajuan sehingga ekonomi dapat merubah kebudayaan lama dan menggantikannya dengan kebudayaan yang moderen (Juliantara, 2000, h. 11-12).

Sesuai dengan yang diungkapkan oleh Juliantara di atas pemerintah daerah khususnya Kabupaten Lombok Timur melalui program keluarga berencana juga mengembangkan program ketahanan keluarga yang bertujuan mengembangkan kemampuan keluarga dalam pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak, pembinaan remaja serta peningkatan kualitas lingkungan keluarga . Bentuk program ini meliputi ;

## 1) Program Bina Keluarga Balita

Walaupun di Kabupaten Lombok Timur perkembangan dari bina keluarga balita belum mencapai 100%, tetapi dari jumlah 97 kelompok yang ada telah berkembang menjadi 109 kelompok. Ini membuktikan bahwa pemerintah Kabupaten Lombok Timur melalui program keluarga berencana serius di dalam membina masyarakat untuk menjadi masyarakat yang mandiri.

## 2) Program Bina Keluarga Remaja

Perkembangan kelompok bina keluarga remaja di Kabupaten Lombok Timur juga mengalami perkembangan. Pemerintah Kabupaten Lombok Timur serius di dalam membina para remaja agar dapat mengetahui pentingnya kesehatan reproduksi remaja. Sehingga pemerintah Kabupaten Lombok Timur dapat menekan usia kawin yang berdampak pada menurunnya angka kelahiran.

## 3) Program Bina Lingkungan Keluarga

### 4) Kelompok Bina Keluarga Balita (BKB)

Program Pemberdayaan Ekonomi Keluarga ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemandirian keluarga (khususnya para istri) dibidang usaha dalam rangka ikut membantu suami dalam penguatan ekonomi keluarga melalui usaha peningkatan pendapatan keluarga sejahtera (UPPKS).

Seperti yang di katakan oleh Kepala Kantor Keluarga berencana (Drs. M. Thuhri) bahwa "untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas masyarakat dilakukan melalui pengembangan program bina keluarga yang merupakan bagian dari program ketahanan keluarga".

Berdasarkan pencapaian tersebut maka dapat dilihat bahwa pelaksanaan program keluarga berencana di Kabupaten Lombok Timur cukup berhasil. Hal tersebut dapat dilihat dari meningkatnya peserta KB baru dan peserta KB aktif. Dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat program keluarga berencana mengembangkan program ketahanan keluarga yang mana pencapaian program terus mengalami peningkatan yang mana kelompok bina keluarga balita mengalami perkembangan dari 97 kelompok menjadi 109 kelompok dan kelompok bina keluarga remaja dari 78 kelompok yang ada menjadi 81 kelompok. Pencapaian melalui program keluarga berencana di Kabupaten Lombok Timur terus ditingkatkan untuk menghasilkan masyarakat yang sejahtera dan mandiri dalam rangka mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Budiman (2000, h. 13-14) mengemukakan bahwa pembangunan meliputi dua unsur pokok yaitu : (1) masalah-masalah materi yang hendak dihasilkan dan dibagi; dan (2) masalah-masalah menyangkut manusia yang menjadi pengambilan inisiatif dan menjadi manusia pembangunan.

Pemerintah Kabupaten Lombok Timur telah melakukan pembangunan masyarakatnya dari segi materi dengan pengembangan Kelompok usaha peningkatan pendapatan keluarga sejahtera (UPPKS) yang sebagian anggotanya berasal dari keluarga Pra Keluarga Sejahtera (Pra-KS) dan Keluarga Sejahtera I (KS-1), melalui program keluarga berencana kesejahteraan keluarga dan ketahanan ekonomi keluarga dapat ditingkatkan. Sedangkan pembangunan manusia/masyarakat dilakukan melalui program ketahanan keluarga yang dilakukan dari balita, remaja sampai dengan lingkungan keluarga sehingga diharapakan agar terbentuk manusia yang mandiri.

# 3. Faktor-faktor Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk di Kabupaten Lombok Timur.

## 3.1 Faktor Penghambat

Masih lemahnya institusi daerah dalam pelaksanaan KB. Salah satu isu penting bagi kelangsungan pembangunan keluarga berencana adalah desentralisasi. Sesuai dengan Kepres Nomor. 103/2001, yang kemudian diubah menjadi Kepres Nomor. 9/2004, bahwa sebagian kewenangan di bidang keluarga berencana diserahkan kepada pemerintah kabupaten/kota. Hal ini sejalan dengan esensi Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 (telah diubah menjadi Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004), yang memberikan kewenangan kepada pemerintah kabupaten/kota untuk menentukan program-program pembangunan yang diperlukan daerah sesuai dengan kebutuhan, aspirasi, kemampuan, maupun sumber daya yang tersedia. Dengan adanya peraturan tersebut, masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan KB sampai saat ini adalah belum seluruh pemerintah kabupaten/kota menetapkan KB sebagai isu strategis dalam pengendalian pertumbuhan penduduk dan pemenuhan hak-hak reproduksi penduduk. Pemahaman bahwa pelayanan KB merupakan salah satu hak azasi manusia, yaitu hak rakyat untuk mengatur proses reproduksinya, masih rendah. Pembangunan KB juga belum dipandang sebagai suatu investasi yang mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia dan pembangunan ekonomi. Era desentralisasi berdampak pada menurunnya kemauan politik dalam penyelenggaraan program KB hal ini ditandai dengan mengecilnya kelembagaan pengelola program KB. hal ini menyulitkan dilihat dari aspek koordinasi. Di Kabupaten Lombok Timur belum maksimalnya keberadaan kelembagaan program keluarga berencana jika di bandingkan dengan jumlah pasangan usia subur yang masih sebatas kantor atau eselon III sangat sulit melakukan koordinasi dengan sektor terkait terutamam dinas kesehatan karena status dinas pada eselon II. Namun dengan keluarnya peraturan nomor 38 tahun 2007 tentang pembagian kewenangan pemerintah dan pemerintahan daerah, provinsi, kabupaten/kota dan peraturan pemerintah nomor 41 tahun 2007 tentang organisasi perangkat daerah program keluarga berencana masuk dalam rumpun lembaga teknis daerah, artinya bahwa ke depan memungkinkan di tingkat statusnya dari kantor menjadi badan.

- 2. Peningkatan partisipasi masyarakat merupakan salah satu usaha yang dilakukan untuk memperluas jangkauan program keluarga berencana dan kependudukan. Usaha ini ditunjang oleh dokter dan bidan praktek swasta yang tidak saja memberikan alat kontrasepsi tetapi juga menerima rujukan. Di daerah pedesaan, partisipasi PPKBD dan Sub-PPKBD dalam pendistribusian dan penyuluhan alat kontrasepsi merupakan bentuk partisipasi masyarakat yang sangat penting. Sumber daya pengelolaan program penyuluhan atau petugas lapangan KB (PKB/PLKB) dari sisi jumlahnya di Kabupaten Lombok Timur dirasakan belum memadai, dimana setiap petugas di dalam memberikan penyuluhan rata-rata membina 2 sampai 3 desa, idealnya setiap desa harus di bina oleh 1 petugas penyuluhan program keluarga berencana. Pelayanan publik diartikan sebagai segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan di lingkungan badan usaha milik Negara/daerah dalam bentuk barang dan atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan (LAN, 1998). Sehingga pelayanan yang diberikan kepada masyarakat oleh pemerintah daerah Kabupaten Lombok Timur masih belum maksimal karena kurangnya tenaga atau petugas lapangan yang memberikan penyuluhan tentang pentingnya program keluarga berencana.
- 3. Ketidak setaraan gender dalam bidang KB dan Kesehatan reproduksi sangat berpengaruh pada keberhasilan program. Ketidak setaraan gender terjadi hampir pada seluruh tahapan kehidupan di dalam keluarga. Sebagian besar masyarakat dan provider serta penentu kebijakan masih menganggap bahwa penggunaan kontrasepsi adalah urusan perempuan. Oleh karena itu, peserta KB pria masih sangat rendah (0,41 %) dari total peserta KB Aktif yang ada, disamping masih relatif rendahnya kepedulian pria terhadap proses reproduksi keluarganya, terutama dalam hal kehamilan dan kelahiran. Rendahnya partisipasi pria tersebut merupakan manifestasi ketidak-adilan dan ketidak setaraan gender. Di Kabupaten Lombok Timur ketidak setaraan gender lebih disebabkan pada penyediaan alat kontrasepsi untuk pria yaitu vasektomi dan kondom masih sangat terbatas, kedua alat kontrasepsi tersebut sangat tidak diminati oleh pasangan usia subur sehingga pemerintah Kabupaten Lombok Timur melayani dan mengembangkan sasarannya pada kaum perempuan. Hal tersebut

belum sesuai dengan ICPD Cairo 1994 memberikan penekanan pada beberapa aspek yang harus ditangani, antara lain: Tercapainya keadilan dan kesetaraan gender. Ukuran yang dipakai untuk melihat kemajuan meliputi: rasio murid perempuan dengan murid laki-laki pada Sekolah Dasar dan Sekolah Lanjutan Pertama, tingkat melek huruf di kalangan perempuan usia 15-24 tahun, dan proporsi perempuan yang menjadi anggota parlemen.

4. Upaya pemenuhan kebutuhan akan alat kontrasepsi atau dalam bahasa program disebut *unmeet need* merupakan tantangan mendasar pelaksanaan program KB. Pada tataran global pun *unmeet need* tersebut dijadikan sebagai salah satu indikator keberhasilan program. Namun pada kenyataannya pemenuhan kebutuhan akan kontrasepsi sering dirasakan belum cukup dimana hal tersebut lebih disebabkan karena droping alat kontrasepsi dari pusat (BKKBN pusat) ke daerah mengalami keterlambatan. Sehingga program sering mengalami hambatan untuk pemenuhan kebutahan akan kontrasepsi khususnya bagi pasangan usia subur yang miskin.

## 3.2 Faktor Pendukung.

1. Melihat kondisi kelembagaan organisasi pengelola program KB pada tingkat kabupaten/kota saat ini, pemerintah pusat dengan berbagai regulasi seperti dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Dalam Negeri No; 13 tahun 2006 tentang pengelolaan keuangan daerah telah menetapkan Program Keluarga Berencana merupakan pelayanan sosial dasar. Di kabupaten komitmen untuk pengalokasian anggaran dari APBD untuk program keluarga berencana cukup tinggi, yang mana setiap tahunnya terus mengalami peningkatan pada tahun 2006 sebesar 530.000.000 juta meningkat menjadi 744.242.850 juta. Dilihat dari aspek ini keseriusan dari pemerintah Kabupaten Lombok Timur untuk menekan laju pertumbuhan dan peningkatan kesejahteraan sangat nyata. Hal ini telah sesuai dengan fokus kebijakan kependudukan di Indonesia pertama adalah pengedalian kuantitas penduduk. Di dalam kebijakan ini yang paling menonjol adalah pengelolaan kuatitas penduduk melalui pengaturan kehamilan dan kelahiran (program keluarga berencana) dan penurunan kematian (program kesehatan). Kedua adalah peningkatan kualitas penduduk melalui program kesehatan dan pendidikan. Ketiga adalah pengarahan mobilitas penduduk utamanya melalui program transmigrasi dan pembangunan

- wilayah. Disamping itu penyempurnaan sistem informasi kependudukan juga menjadi fokus kebijakan kependudukan di Indonesia.
- Dari sisi agama khususnya agama islam KB tidak lagi menjadi issu yang di pertentangkan pada posisi boleh dan tidak boleh hal ini ditunjukkan dengan semakin meningkatnya peran Tokoh agama, Pondok Pesantren dalam program KB dimana setiap Pondok Pesantren memiliki Klinik-klinik KB. Di Kabupaten Lombok Timur peran tokoh masyarakat di tandai dengan keikut sertaan tokoh agama di dalam menyebar luaskan informasi program terutama dengan mengembangkan institusi masyarakat sekaligus ikut menggerakkan masyarakat untuk dapat menerima program keluarga berencana hal ini juga ditandai dengan peran tokoh masyarakat secara langsung mengadopsi atau ikut serta secara aktif menjadi peserta KB. Hal ini sesuai dengan kebijakan program KB dan kesehatan reproduksi dalam perkembangannya selalu mempertimbangkan aspek sosio-kultural bangsa Indonesia. Kebijakan ini sejalan dengan kebijakan ICPD Kairo bahwa setiap program kesehatan reproduksi dan seksual harus sesuai dengan norma, budaya, agama, dan hak-hak azasi manusia yang bersifat universal serta prioritas pembangunan bagi masing-masing bangsa. Faktor-faktor tersebut amat penting dalam pelaksanaan program KB dan kesehatan reproduksi, sehingga keterlibatan berbagai tokoh masyarakat, pemimpin agama, ketua adat dan berbagai komponen yang mewarnai perilaku sosial, termasuk adat istiadat dari berbagai macam suku bangsa menjadi ciri penting dalam pembaharuan kebijakan KB dan kesehatan reproduksi di Indonesia.
- 3. Makin meningkatnya peran swasta dan kemandirian masyarakat dalam ber KB harus dipandang sebagai suatu peluang pengembangan program KB bagi pemerintah khususnya di Kabupaten Lombok Timur. Hal ini tersebut di tandai dengan peran swasta di dalam membuka klinik KB dan penyediaan alat kontrasepsi melalui jalur swasta.

Sejak pelaksanaan desentralisasi, sesuai dengan Keppres Nomor 09 Tahun 2004, yang melimpahkan sebagian kewenangan di bidang keluarga berencana kepada pemerintah kabupaten/ kota, program KB Nasional mengalami masa yang sangat menentukan. Salah satu isu strategis dan tantangan utama yang dihadapi adalah kelangsungan program. Melalui program keluarga berencana telah dikembangkan usaha untuk

menumbuhkan keikutsertaan sektor swasta dalam penanganan program kependudukan dan keluarga berencana. Diusahakan untuk menciptakan iklim yang memberikan kemudahan dan keleluasaan pada masyarakat agar mampu meningkatkan peranannya. Hal ini dilakukan melalui mobilisasi sumber daya, dana dan sarana. Dengan demikian, secara bertahap masyarakat dapat mengusahakan dan membiayai sendiri pelayanan keluarga berencana sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan masing-masing



### BAB V PENUTUP

## A. Kesimpulan

Penelitian yang dilakukan peneliti untuk mengetahui dan menganalisis adanya alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat dalam rangka penurunan laju pertumbuhan penduduk dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1. Alih peran penyediaan dan pelayanan kontrasepsi dari sektor publik ke sektor privat di Kabupaten Lombok Timur sudah berjalan dan merata di semua jenis alat kontrasepsi, hanya jumlah kesertaannya yang bervariasi yang disebabkan oleh persoalan pembiayaan, pemahaman atau keyakinan dan jangkauan.
- 2. Komposisi kesertaan ber KB baik jalur pemerintah maupun jalur swasta kecendrungan penggunaan alat kontrasepsi lebih cenderung pada suntikan dan pil, dimana jumlah peserta KB dari jalur pemerintah untuk suntikan sebesar 48.552 (31,44%) dan untuk pil sebesar 34.616 (22,41%) sedangkan peserta KB dari jalur swasta untuk suntikan sebesar 26.277 (17,01%) dan untul pil sebesar 2.497 (1,62%). Hal ini disebabkan karena alat kontrasepsi jenis suntikan dan pil relatif lebih murah jika dibandingkan dengan alat kontrasepsi yang lain, mudah, cepat dan merata tersedia baik di bidan atau dokter praktek swasta sehingga para akseptor KB dapat dengan mudah mengaksesnya.
- 3. Pelaksanaan jaminan ketersediaan alat atau obat kontrasepsi bertujuan untuk mengurangi beban pemerintah dan meningkatkan partisipasi swasta dalam penyediaan dan pelayanan alat atau obat kontrasepsi. Berkaitan dengan hal tersebut pemerintah Kabupaten Lombok Timur mengeluarkan Surat Keputusan Bupati Lombok Timur Nomor: 188.45/428/KB/2005 tentang pembentukan tim jaminan ketersediaan kontrasepsi (JKK) Kabupaten Lombok Timur.
- 4. Dalam rangka penurunan laju pertumbuhan penduduk dan peningkatan kesejahteraan keluarga di Kabupaten Lombok Timur ditempuh dengan salah satu pendekatan yaitu program keluarga berencana disamping program pembangunan lainnya, dimana program keluarga berencana dimaknai sebagai upaya peran serta

- masyarakat dalam penundaan usia kawin, pengaturan kelahiran, peningkatan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga.
- 5. Dalam mendukung upaya pemerintah Kabupaten Lombok Timur dalam rangka penurunan laju pertumbuhan penduduk pemerintah Kabupaten Lombok Timur melalui program keluarga berencana kemudian membuat kebijakan pembangunan keluarga berencana yang diarahkan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk serta meningkatkan keluarga kecil berkualitas dan kebijakan pembangunan kependudukan yang diarahkan untuk menata pembangunan kependudukan.
- 6. Pelaksanaan Program KB sebagai salah satu upaya penurunan laju pertumbuhan penduduk di Kabupaten Lombok Timur sampai dengan Desember 2007 didukung oleh beberapa sumber pendanaan yaitu APBD II, APBN dan bantuan luar negeri (BLN) yang dialokasikan ke dalam program keluarga berencana.
- 7. Dalam upaya peningkatan kesejahteraan keluarga, sektor keluarga berencana mengembangkan program pemberdayaan ekonomi keluarga yang disebut dengan kelompok usaha peningkatan pendapatan ekonomi keluarga sejahtera (UPPKS). Program ini bertujuan untuk meningkatkan ketahanan dan kemandirian keluarga serta masyarakat melalui pemberdayaan keluarga dibidang ekonomi dalam rangka mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.
- 8. Ketidak setaraan gender dalam bidang KB dan Kesehatan reproduksi sangat berpengaruh pada keberhasilan program. Ketidak setaraan gender terjadi hampir pada seluruh tahapan kehidupan di dalam keluarga, hal ini di tandai dengan peserta KB pria masih sangat rendah (0,41 %) dari total peserta KB Aktif yang ada, disamping masih relatif rendahnya kepedulian pria terhadap proses reproduksi keluarganya, terutama dalam hal kehamilan dan kelahiran. Rendahnya partisipasi pria tersebut merupakan manifestasi ketidak-adilan dan ketidak setaraan gender. Di Kabupaten Lombok Timur ketidak setaraan gender lebih disebabkan pada penyediaan alat kontrasepsi untuk pria yaitu vasektomi dan kondom masih sangat terbatas, kedua alat kontrasepsi tersebut sangat tidak diminati oleh pasangan usia subur sehingga pemerintah Kabupaten Lombok Timur melayani dan mengembangkan sasarannya pada kaum perempuan.

#### B. Saran

- 1. Sebaiknya peran pemerintah daerah khususnya Kabupaten Lombok Timur di dalam pemenuhan kebutuhan alat kontrasepsi untuk masyarakat miskin lebih ditingkatkan dengan meningkatkan peran swasta. Kesertaan ber KB baik dari jalur pemerintah maupun jalur swasta sebaiknya tidak hanya cenderung pada penggunaan alat kontrasepsi jenis suntikan dan pil melainkan untuk alat kontrasepsi jenis yang lain untuk lebih ditingkatkan dengan memberikan sosialisasi kepada masyarakat bahwa semua alat kontrasepsi yang disediakan itu bagus dari pada tidak menggunakan sama sekali.
- 2. Pemerintah Kabupaten Lombok Timur sebaiknya merubah struktur kelembagaan keluarga berencana yang pada era desentralisasi ini berupa kantor menjadi badan sehingga program keluarga berencana di dalam upayanya menekan laju pertumbuhan penduduk dapat berjalan dengan baik. Dengan struktur kelembagaan berupa kantor keluarga berencana dalam gerakan operasionalnya menjadi lamban.
- 3. Harus diupayakan peningkatan pemahaman masyarakat bahwa KB tidak saja bermanfaat bagi pengaturan kelahiran namun juga bermanfaat bagi kesehatan ibu dan anak. Dengan kata lain, KB bermanfaat bagi peningkatan kualitas generasi yang akan datang.
- 4. Lebih meningkatkan peran tokoh agama dalam menyebar luaskan program keluarga berencana, karena dengan peran tokoh agama dapat merubah pola pikir masyarakat yang selama ini masih kurang paham tentang pentingnya program keluarga berencana.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2005. Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi. Jakarta.
- BPS dan Bappeda Lombok Timur. "Lombok Timur Dalam Angka". Selong. 2007. Aksara Indah.
- Budiman, Arief, 2000. *Teori Pembangunan Dunia Ketiga*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Juliantara, Dadang, 2000a. "Dari Pembangunan Ke Transformasi : Jalan Pembaruan Desa", Yogyakarta : LAPERA Pustaka Utama.
- Kebijakan Nasional Penyediaan Alat dan Obat Kontrasepsi dalam Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN Pusat). 2005.
- Kependudukan dan Keluarga Berencana. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 2004.
- Laporan Pendataan Keluarga Tahun 2007. Kantor Keluarga Berencana Kabupaten Lombok Timur 2007.
- Luthfi J. Kurniawan & Hesti Puspitosari, 2007. "Wajah Buram Pelayanan Publik". Malang : Malang Corruption Watch dan YAPPIKA.
- Marzuki. 2005. Metode Riset. Yogyakarta: Ekonosia.
- Miles dan Huberman. 1992. Analisis Data Kualitatif. Rosdakarya. Jakarta
- Moleong, Lexy J. 2007. Metode Penelitian Kualitatif. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Moleong, Lexy.J. 2002 Metode Penelitian Kualitatif. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Nawawi, H. 1983. *Metode Penelitian Bidang Sosial*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.
- Prianto, Agus, 2006. "Menakar Kualitas Pelayanan Publik". Malang: In-TRANS.
- RPJM (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) 2004-2009. Jakarta : Sinar Grafika.
- Ruslan, Rosady. 2003. *Metode Penelitian Public relations dan Komunikasi*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta.

- Saifurruhaidi. 2000. *Akuntabilitas Pelayanan Publik*. Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Muhammadiyah Selong.
- Sudjarwo. 2001. Metodelogi Penelitian Sosial. Mandar Maju. Bandung.
- Soeprapto, Riyadi, 2000. Administrasi Pembangunan. Malang: UM Press.
- Sugiyono. 2005. Memahami Penelitian Kualitatif. Alfabeta. Bandung.
- Supriatna, Tjahya, 2000. Strategi Pembangunan dan Kemiskinan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Tjiptoherijanto, Prijono, 2003. "Kependudukan Birokrasi Dan Reformasi Ekonomi". Jakarta: Rineka Cipta.
- Tjokrowinoto, Moeljarto, 1996. "Birokrasi Pembangunan Masyarakat", dalam Sofian Effendi et al (Eds.), 1996. Membangun Martabat Manusia: Peranan Ilmu-ilmu Sosial Dalam Pembangunan. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Zauhar, Soesilo, 1994. "Kebijakan Pemantapan Desentralisasi Menuju Pembangunan KTI (Kawasan Timur Indonesia) Yang Lebih Mandiri Dan Merata", dalam Z.A. Achmady et al, 1994. Kebijakan Publik dan Pembangunan. Malang: IKIP.

#### Internet:

- Kependudukan dan Keluarga Berencana, diakses pada tanggal 12 Januari 2008 dari <a href="http://www.bappenas.go.id">http://www.bappenas.go.id</a>
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, diakses pada tanggal 12 Januari 2008 dari http://www.bkkbn.go.id
- Privatisasi, diakses pada tanggal 12 Januari 2008 dari http://coenpontoh.wordpress.com