



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS STRUKTUR BIROKRASI,
SUMBERDAYA MANUSIA, DAN KETEPATAN
ALOKASI ANGGARAN TERHADAP PENCAPAIAN TARGET
HASIL PROGRAM KB DI KABUPATEN LEBAK PADA ERA
OTONOMI DAERAH**

TESIS

SITI HANNAH

0606153670

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK

JULI 2010



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS STRUKTUR BIROKRASI,
SUMBER DAYA MANUSIA, DAN KETEPATAN ALOKASI
ANGGARAN TERHADAP PENCAPAIAN TARGET HASIL
PROGRAM KBDI KABUPATEN LEBAK PADA ERA
OTONOMI DAERAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat

oleh:

**Siti Hannah
0606153670**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2010**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Siti Hannah

NPM : 0606153670

Tanda Tangan : 

Tanggal : 5 Juli 2010

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Hannah
NPM : 0606153670
Mahasiswa Program : Pascasarjana
Tahun Akademik : 2006/2007

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Analisis Struktur Birokrasi, Sumber Daya Manusia, dan Ketepatan Alokasi Anggaran Terhadap Pencapaian Target Hasil Program KB di Kabupaten Lebak Pada Era Otonomi Daerah

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 5 Juli 2010

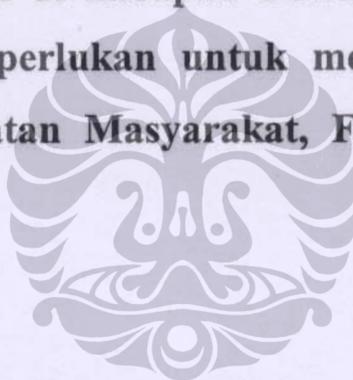


(Siti Hannah)

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Siti Hannah
NPM : 0606153670
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Analisis Struktur Birokrasi, Sumber Daya Manusia, dan Ketepatan Alokasi Anggaran Terhadap Pencapaian Target Hasil Program KB di Kabupaten Lebak Pada Era Otonomi Daerah

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia



DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drh. Wiku Adisamito, M.Sc, PhD

Penguji : Vetty Yulianty, SSi, MPH

Penguji : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS

Penguji : Drs. Tajuddin, MM

Penguji : Dra. Hj. Paulina JS, MM

(.....*Wiku*.....)
(.....*Vetty*.....)
(.....*Wahyu*.....)
(.....*Tajuddin*.....)
(.....*Paulina*.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 5 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis dengan segala hormat mengucapkan terima kasih kepada drh. Wiku Adisasmito, MSc, PhD. Selaku pembimbing yang berkenan membimbing dengan penuh kesabaran dalam memberikan input dan koreksi kepada penulisan saya.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Dekan fakultas Kesehatan masyarakat universitas Indonesia, Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, seluruh dosen yang telah memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis, serta seluruh karyawan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- (2) Kepala Perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia beserta staf yang telah banyak membantu dalam penulisan tesis ini.
- (3) Bapak Pujiyanto, SKM, M.Kes beserta Ibu Vetty Yulianty, S.Si, MPH, dan Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS, yang telah bersedia sebagai penguji dan menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan koreksi dan mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (4) Drs. Tajuddin, MM dan Dra. Hj. Paulina JS, MM, yang telah bersedia sebagai penguji dan banyak membantu, membimbing, serta telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran dalam proses penulisan tesis ini.
- (5) Pihak Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak, DPRD kabupaten Lebak, BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi Banten, dan segala pihak yang telah memberikan izin untuk penelitian ini dan banyak membantu dalam usaha memperoleh data-data yang saya perlukan.
- (6) Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu dalam penulisan tesis ini.

Terima kasih dan penghargaan kepada Suamiku tercinta Muhammad Syahid dan anakku tersayang Ahmad Syaukani yang selalu mendukung, mendampingi serta mendoakan tiada henti agar selalu kuat dan terus semangat dalam menyelesaikan studi ini. Makasih ya Abi, alhamdulillah akhirnya bisa selesai

Untuk Orang tua saya Abah, Mamah, Umi , dan keluarga besar K.H. Ma'ruf Amin serta keluarga besar K.H. Ma'amun Muhammad yang telah memberikan bantuan dan dukungannya baik moral dan materiil beserta doa yang tiada henti sepanjang studi saya ini, yang selalu mengingatkan saya untuk selalu ingat dan bersyukur kepada Allah S.W.T. dalam hal apapun baik yang saya sudah capai ataupun yang sedang saya hadapi.

Adikku tersayang Siti Haniatunnisa yang selalu mendukung dan membantu dan mendampingi dalam proses penulisan tesis ini.

Sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini enuh, nurizki, dan sahabat-sahabat ku yang lain yang telah banyak membantu yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap semoga Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 5 Juli 2010

Penulis

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Hannah
NPM : 0606153670
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Analisis Struktur Birokrasi, Sumber Daya Manusia, dan Ketepatan Alokasi Anggaran Terhadap Pencapaian Target Hasil Program KB di Kabupaten Lebak Pada Era Otonomi Daerah

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tesis saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 5 Juli 2010

Yang menyatakan



(Siti Hannah)

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis 5 Juli 2010

Siti Hannah

“Analisis Struktur Birokrasi, Sumber Daya Manusia, dan Ketepatan Alokasi Anggaran Terhadap Pencapaian Target Hasil Program KB di Kabupaten Lebak Pada Era Otonomi Daerah”

xxiv + 127 halaman + 23 tabel + 5 gambar + 9 lampiran

ABSTRAK

Tesis ini membahas pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak di era otonomi daerah pasca dikeluarkannya PP Nomor 38/2007 dan PP Nomor 41/2007 dilihat dari pengaruh struktur birokrasi, sumber daya manusia, dan ketepatan alokasi anggarannya terhadap pencapaian target hasil program KB di Kabupaten Lebak. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain penelitian deskriptif analitik. Hasil penelitian menemukan bahwa struktur birokrasi dalam pelaksanaan KB di Kabupaten Lebak belum berjalan maksimal, baik dari struktur organisasi yang belum mencakup aspek penting program KB, dan belum adanya SOP untuk pelaksanaan Program KB, serta kurangnya koordinasi antar instansi. Selain itu, penelitian ini juga menemukan penurunan sumber daya manusia baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Alokasi anggaran Program KB yang ada di Kabupaten Lebak jumlahnya masih minim. Hasil penelitian menunjukkan bahwa belum tercapainya target program KB di Kabupaten Lebak dipengaruhi oleh ketiga variabel tersebut.

Untuk itu perlu adanya komitmen yang kuat dari Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak untuk menjadikan Program KB menjadi Program prioritas di Kabupaten Lebak.

Kata kunci: Program KB, Struktur Birokrasi, SDM, Ketepatan Alokasi Anggaran, Pencapaian Target Hasil

Sumber bacaan : 41 (1983-2010)

PUBLIC HEALTH PROGRAM
ADMINISTRATION AND HEALTH POLICY
FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis 5th July 2010

Siti Hannah

“Analysis on Bureaucratic Structure, Human Resources, and Budget Allocation Accuracy towards Family Planning Target Achievements in Lebak Regency during Regional Autonomy Era”

xxiv + 127 pages + 23 tables + 5 pictures + 9 appendices

ABSTRACT

This thesis discusses the implementation of Family Planning Program in Lebak Regency during Regional Autonomy Era after the publication of PP No. 38/2007 and PP No. 41/2007 from the perspective of bureaucratic structure, human resources, and budget allocation accuracy. This research is a qualitative research with analytic descriptive research design. The research found that bureaucratic structure in the implementation of family planning program in the regency is not yet well managed, organization structure has not yet covers the important aspect of the family planning program, the SOP has not yet been formed and there is lack of coordination between the organizations. There is also qualitatively and quantitatively decreasing of human resources. The budget allocation for family planning program in Lebak was not adequate. The result of this research shows that the three variables are the main reasons of the failure of the targets achievement.

Therefore, it is important for Lebak government to have strong commitment to make family planning program in this regency as a priority.

Keyword: Family Planning Program, Bureaucratic Structure, Human Resources, Budget Allocation Accuracy, Targets Achievement

References: 41 (1983-2010)

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR ISTILAH	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	7
1.3. Pertanyaan Penelitian	8
1.4. Tujuan Penelitian	8
1.4.1. Tujuan Umum	8
1.4.2. Tujuan Khusus	8
1.5. Ruang Lingkup	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Keluarga Berencana	10
2.1.1. Program Keluarga Berencana	10
2.1.2. Perkembangan Kebijakan KB di Indonesia	15
2.1.3. Perkembangan KB di Kenya	21
2.1.4. Perkembangan Program KB di Indonesia	27
2.1.5. Perkembangan Program KB di Provinsi Banten	32
2.1.6. Perkembangan Program KB di Kabupaten Lebak	36
2.2. Teori Kebijakan Publik	38
2.2.1. Beberapa Pertimbangan dalam Mempelajari Kebijakan Publik	38
2.2.2. Konsep dan Lingkup Kebijakan Publik	39
2.2.3. Pendekatan Studi Kebijakan Publik	41
2.2.4. Proses Pembuatan Kebijakan	44
2.2.5. Kerangka Kerja Kebijakan	45
2.2.6. Analisis Kebijakan	45
2.2.7. Analisis Implementasi Kebijakan	48
2.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan KB di Era Otonomi Daerah	55

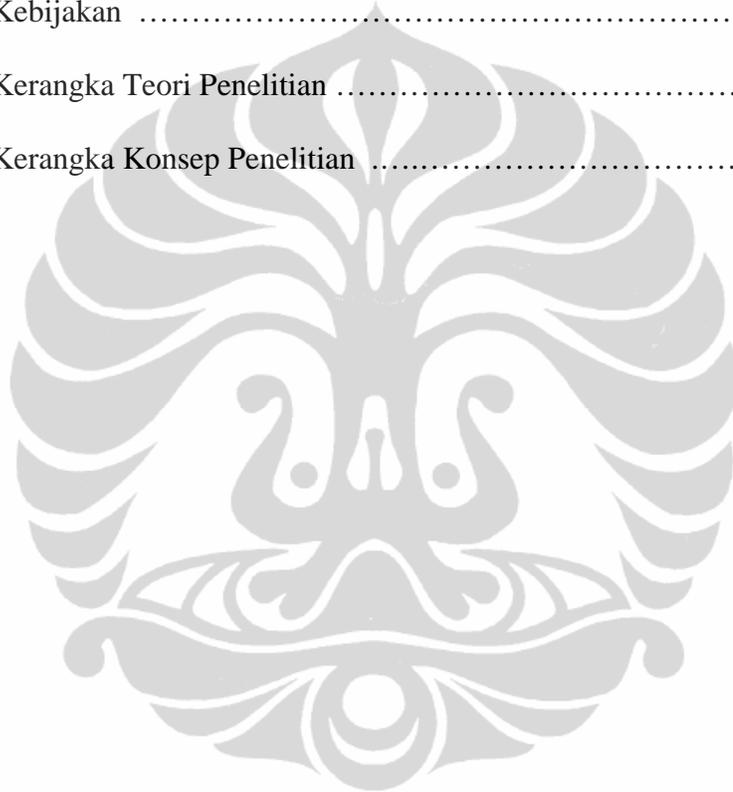
2.3.1. Struktur Birokrasi	55
2.3.1.1. Struktur Organisasi	56
2.3.1.2. Pedoman Tata Laksana (SOP)	56
2.3.1.3. Koordinasi Antar Instansi	58
2.3.2. Sumber Daya Manusia	59
2.3.3. Ketepatan Alokasi Anggaran	61
BAB III. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL	63
3.1. Kerangka Teori	63
3.2. Kerangka Konsep	64
3.3. Definisi Operasional	66
BAB IV. METODE PENELITIAN	69
4.1. Desain	69
4.2. Lokasi dan Waktu	69
4.3. Informan	69
4.4. Pengumpulan Data	70
4.5. Manajemen Data	71
4.6. Analisis Data	72
BAB V. HASIL PENELITIAN	73
5.1. Gambaran Umum Wilayah Kabupaten Lebak	73
5.1.1. Keadaan Geografi	73
5.1.2. Jumlah Penduduk	73
5.1.3. Indeks Pembangunan Manusia (IPM)	75
5.1.4. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB)	76
5.1.5. Angka Harapan Hidup (AHH)	78
5.1.6. Layanan Kesehatan	78
5.1.7. Realisasi Pendapatan Kabupaten Lebak 2004-2008	79
5.2. Gambaran tentang BP2KBMPD (Badan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat, dan Pemerintahan Desa) di Kabupaten Lebak	81
5.2.1. Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Kebijakan dan Program ...	81
5.3. Pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak	83
5.4. Pelaksanaan Penelitian	88
5.5. Hasil Penelitian	88
5.5.1. Karakteristik Informan	88
5.5.2. Struktur Organisasi	90
5.5.3. Pedoman Tata Laksana (SOP)	94
5.5.4. Koordinasi Antar Instansi	95
5.5.5. Sumber Daya Manusia	96
5.5.6. Ketepatan Alokasi Anggaran	103
5.6. Pencapaian Target Hasil Program KB	108
BAB VI. PEMBAHASAN	110

6.1. Struktur Birokrasi	110
6.1.1. Struktur Organisasi	110
6.1.2. Pedoman Tata Laksana (SOP)	114
6.1.3. Koordinasi Antar Instansi	116
6.2. Sumber Daya Manusia	116
6.3. Ketepatan Alokasi Anggaran	120
6.4. Pencapaian Target Hasil	122
BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN	125
7.1. Kesimpulan	125
7.2. Saran	126
DAFTAR REFERENSI	xxi



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Teori Sistem Kebijakan Publik	42
Gambar 2.2.	Fase - Fase Dalam Proses Pembuatan Kebijakan	44
Gambar 2.3.	Prosedur Analisis Kebijakan Dengan Tipe-tipe Pembuatan Kebijakan	47
Gambar 3.1.	Kerangka Teori Penelitian	64
Gambar 3.2.	Kerangka Konsep Penelitian	66



DAFTAR ISTILAH

BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	Badan Pusat Statistik
GBHN	Garis-garis Besar Haluan Negara
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICPD	<i>International Conference on Population and Development</i> (Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan)
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i> (Federasi Keluarga Berencana Internasional)
IUD	<i>Intrauterine Device</i>
JEN	Jaringan Epidemiologi Nasional
MKET	Metode Kontrasepsi Efektif Terpilih (termasuk IUD, Implant dan Sterilisasi)
KOWANI	Kongres Wanita Indonesia
LKBN	Lembaga Keluarga Berencana Nasional
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MPR	Majelis Permusyawaratan Rakyat
PKBI	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PLKB	Petugas Lapangan Keluarga Berencana
Pokbang	Kelompok penimbangan (bayi)
Posyandu	Pos Layanan Terpadu
Repelita	Rencana Pembangunan Lima Tahun
TFR	<i>Total Fertility Rate</i> (Angka Fertilitas Total)
TKW	Tenaga Kerja Wanita
UNAIDS	<i>Join United Nations Program on HIV / AIDS</i> (Program Bersama Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk HIV/AIDS)
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> (Badan Kependudukan Perserikatan Bangsa-Bangsa)

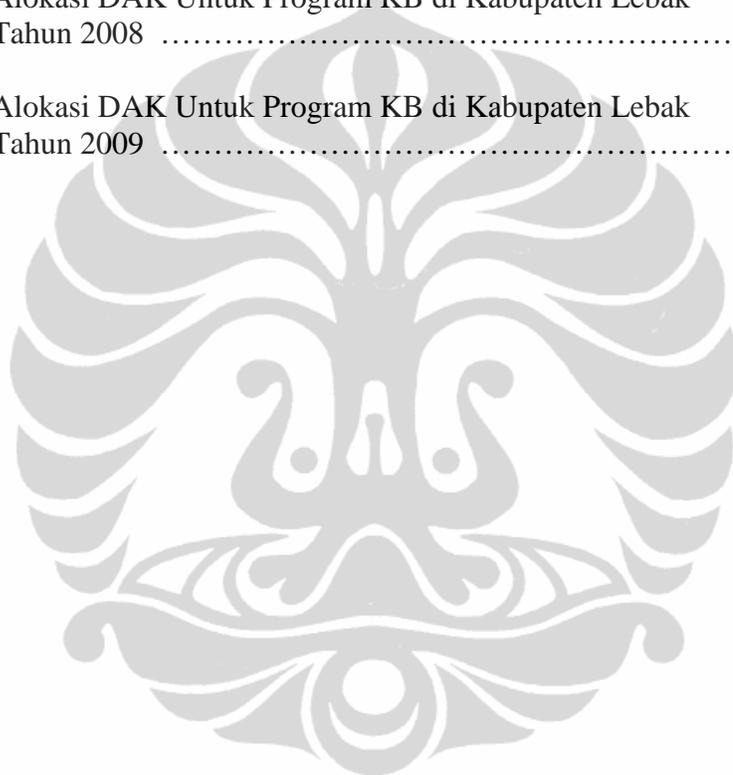
- USAID** : *United States Agency for International Development* (Badan pembangunan internasional Amerika Serikat)
- Angka Kematian Bayi** : disebut juga sebagai *Infant Mortality Rate (IMR)*, yaitu jumlah kematian bayi per seribu kelahiran hidup.
- Angka Ketergantungan** : disebut juga sebagai *dependency ratio*, yaitu perbandingan antara jumlah penduduk tidak produktif dengan penduduk yang produktif (umur 15-64 tahun)
- Anti-natalist** : adalah kebijakan yang mendukung ide tentang perlunya keluarga kecil (keluarga berencana) bagi keberhasilan pembangunan.
- Demographic Bonus** : merupakan satu kondisi atau keadaan dimana angka ketergantungan (*dependency ratio*) mencapai titik terendah.
- Demographic Momentum** : yaitu suatu keadaan dimana pertambahan jumlah penduduk yang masih tetap tinggi (walaupun angka kelahiran telah menurun) yang disebabkan karena struktur umur penduduk muda akibat peledakan penduduk decade-dekade sebelumnya.
- Hak-hak reproduksi** : adalah hak seseorang untuk memutuskan untuk mempunyai anak atau tidak, berapa banyak, kapan, serta jarak anak yang satu dengan yang lainnya. Termasuk disini adalah hak seseorang untuk memperoleh informasi yang lengkap dan akurat tentang seluk beluk reproduksi manusia.
- Keluarga Pra-KS** : secara sederhana didefinisikan sebagai keluarga-keluarga yang belum mampu memenuhi kebutuhan dasar.
- Keluarga KS-I** : secara sederhana didefinisikan sebagai keluarga-keluarga yang baru sebatas mampu memenuhi kebutuhan dasar.

- PPM** : singkatan dari perkiraan permintaan masyarakat, yaitu semacam *target setting* untuk memperkirakan berapa kebutuhan kontrasepsi yang diperlukan oleh masyarakat.
- Pro-natalist** : adalah kebijakan yang pada dasarnya tidak menyetujui perlunya upaya pengendalian kelahiran, dan menganggap penduduk yang besar justru bermanfaat bagi kemajuan bangsa.
- Siduga** : adalah singkatan dari sistem informasi kependudukan dan keluarga, yaitu sistem jaringan informasi tentang kependudukan dan KB mulai dari tingkat pusat sampai dengan kabupaten/kota dengan mempergunakan teknologi informasi modern.
- UNDP** : adalah singkatan dari *United Nations Development Program*, yaitu badan yang dibentuk PBB yang bergerak di bidang kependudukan.
- Unmet-need** : adalah “kebutuhan akan KB yang tidak terpenuhi”, yaitu pasangan-pasangan yang sebenarnya tidak ingin punya anak lagi, atau ingin menunda kelahiran anak berikutnya, tetapi dengan satu dan lainalasan tidak memakai alat kontrasepsi.
- UPPKS** : adalah singkatan dari Upaya Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera, yaitu program yang dikembangkan oleh BKKBN untuk membantu keluarga-keluarga “miskin” untuk meningkatkan pendapatan keluarga melalui usaha ekonomi produktif.

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Estimasi Perkembangan Penduduk	2
Tabel 2.1.	Dimensi dan Fokus Pembangunan Kapasitas	14
Tabel 2.2.	Status Kelembagaan Pemerintah Daerah	31
Tabel 2.3.	Pencapaian PPM Baru Tahun 2008 di Banten	33
Tabel 2.4.	Laju Pertumbuhan Penduduk Provinsi Banten	34
Tabel 2.5.	Total Fertility Rate (TFR) Provinsi Banten 1970-an dan 2007	35
Tabel 2.6.	Akseptor KB Menurut Alat Kontrasepsi yang Digunakan di Kabupaten Lebak Tahun 2004-2008	37
Tabel 2.7.	Perkembangan IPM Tahun 2004-2008	38
Tabel 2.8.	Identifikasi Variabel Model Implementasi Kebijakan	53
Tabel 5.1.	Jumlah Penduduk Kabupaten Lebak Tahun 2004-2008	73
Tabel 5.2.	Laju Pertumbuhan Penduduk Kabupaten Lebak Tahun 2004-2008	74
Tabel 5.3.	Tahapan Keluarga Sejahtera (KS) Tahun 2004-2009	74
Tabel 5.4.	Jumlah Kondisi Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Lebak 2004-2008	77
Tabel 5.5.	Jumlah Posyandu dan Kader Tahun 2004-2009	79
Table 5.6.	Perkembangan Target PAD Kabupaten Lebak 2004-2008	79
Table 5.7.	Perkembangan Dana Perimbangan Kabupaten Lebak 2004-2008	80
Tabel 5.8.	Perkembangan Lain-lain Pendapatan yang Sah Kabupaten Lebak 2004-2008	80
Tabel 5.9.	Tabel Karakteristik Informan	89

Table 5.10.	Jumlah Petugas Lapangan KB di Kabupaten Lebak Tahun 2006-2009	102
Tabel 5.11.	Jumlah PLKB yang Mutasi dan Pensiun	102
Table 5.12.	Latar Belakang Pendidikan PKB/PLKB di Kabupaten Lebak Tahun 2004-2009	102
Tabel 5.13.	Alokasi DAK Untuk Program KB di Kabupaten Lebak Tahun 2008	106
Tabel 5.14.	Alokasi DAK Untuk Program KB di Kabupaten Lebak Tahun 2009	107



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pedoman Wawancara Mendalam Bupati Kabupaten Lebak, BP2KBMPD, Dinkes, BAPPEDA, BKD Daerah Kabupaten Lebak, BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi Banten, DPRD Daerah Kabupaten Lebak, Puskesmas, Rumah Sakit, IDI, Posyandu (Kader), Tokoh Agama/Tokoh Masyarakat, PKK + Daftar Pertanyaan
- Lampiran 2 Pedoman Wawancara Mendalam Akseptor + Daftar Pertanyaan
- Lampiran 3 Kategorisasi Data
- Lampiran 4 Struktur Organisasi BKKBN Provinsi
- Lampiran 5 Struktur Organisasi BKKBN Propinsi (KEPMEN PP/KA. BKKBN NOMOR 70/HK-010/B5/2001)
- Lampiran 6 Struktur Organisasi BKKBN Kabupaten/Kota (KEPMEN PP/KA. BKKBN No. 70/HK-010/B5/2001)
- Lampiran 7 Urusan KB di daerah Kabupaten berdasarkan Keputusan Presiden No.103/2001
- Lampiran 8 Struktur Organisasi BP2KBMPD Kabupaten Lebak
- Lampiran 9 Urusan BKKBN berdasarkan Keppres No.103/2001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Siti Hannah
Tempat/Tgl lahir : Jakarta, 4 Agustus 1980
Pendidikan Terakhir : Profesi Dokter
Agama : Islam
Status perkawinan : Menikah
Alamat : Jl. Deli Lorong 27 No.41 Koja, Jakarta Utara

Riwayat Pendidikan:

1. Sekolah Dasar : SD. Kemala Bhayangkari (1986-1992)
2. Sekolah Menengah Pertama : MTs. Al-Jihad (1992-1995)
3. Sekolah Menengah Atas : SMUN 80 (1995-1998)
4. Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara (1998-2005)

Riwayat pekerjaan:

1. Dokter PTT Daerah Provinsi Banten (2007-2009)
2. Dinas Kesehatan Provinsi Banten (2010-sekarang)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Pertumbuhan penduduk di suatu daerah akan selalu berpengaruh terhadap ekonomi dan ruang tampung daerah tersebut. Ketika laju pertumbuhan tidak terkontrol maka akan berpengaruh terhadap stabilitas pertumbuhan ekonomi daerah tersebut. Begitu pula ketika lingkungan tidak bisa memberi ruang yang sepatutnya bagi kehidupan penduduk. Jika tidak ada keseimbangan antara pertumbuhan penduduk dengan ruang yang tersedia maka secara otomatis lingkungan tersebut juga tidak akan stabil.

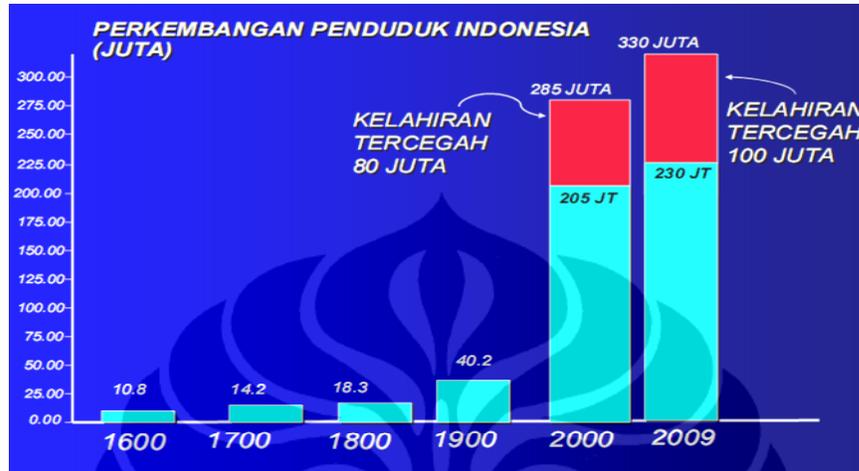
Sebelum reformasi, pemerintah menjadikan program Keluarga Berencana (KB) sebagai salah satu bidang kebijakan unggulan. Ini dimulai sejak Presiden Soeharto menandatangani Deklarasi Kependudukan tahun 1967 di Den Haag, Belanda dilanjutkan dengan keikutsertaan Indonesia dalam Konferensi Kependudukan Dunia di Bukarest tahun 1974.

Selain itu, Indonesia menyadari permasalahan kependudukan yang semakin rumit dan bersifat multidimensional, dan program KB diyakini akan mampu mengendalikan laju pertumbuhan penduduk. Pada 1970 secara resmi dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang menangani kebijakan pengendalian pertumbuhan penduduk untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera. Struktur organisasi BKKBN ditetapkan secara vertikal dari Pusat sampai tingkat Kabupaten/Kota.

Struktur tersebut dilengkapi dengan tenaga petugas lapangan sampai ke tingkat desa. Kebijakan kependudukan pada waktu itu diarahkan agar dapat menurunkan tingkat fertilitas (kelahiran) penduduk sekitar 50%. Dengan adanya komitmen yang tinggi dari pemerintah dan partisipasi masyarakat di tingkat pedesaan, Program KB telah berhasil menurunkan laju pertumbuhan penduduk dari 2,34% per tahun (1970-1980) menjadi 1,47% per tahun (1990-2000). Pada saat yang sama, angka kelahiran juga berhasil diturunkan menjadi 2,6 anak per wanita usia subur (SDKI, 2002-2003).

Tabel 1.1. Estimasi Perkembangan Penduduk

Estimasi Perkembangan



Data proyeksi yang dibuat oleh Prof. Widjojo Nitisastro dan Prof. N. Iskandar (2009) dalam Alimoeso (2009) memperlihatkan perkembangan penduduk Indonesia yang meningkat dengan pesat setelah tahun 1900. Setiap 100 tahun (sampai dengan 1800) penduduk Indonesia jumlahnya relatif, namun antara 1800 sampai 1900 penduduk Indonesia meningkat sekitar 2,5 kali lipat dan 5 kali lipat dalam kurun 1900 sampai 2000.

Apabila jumlah penduduk tidak dapat dikendalikan, kenaikan tersebut akan menjadi 7 kali lipat. Secara absolut dikatakan bahwa KB telah “menahan” atau *saving* jumlah penduduk Indonesia sebesar 80 juta jiwa. Sampai dengan 2009 diasumsikan KB telah “menahan” jumlah penduduk sekitar 100 juta jiwa. Perhitungan ini didasarkan atas jumlah bayi yang tidak jadi dilahirkan karena pemakaian cara KB atau *birth averted*.

Tidak dapat dibayangkan seandainya jumlah penduduk Indonesia yang di “tabung” tersebut jadi dilahirkan dan pertumbuhan ekonomi Indonesia sedang mengalami krisis seperti saat ini, maka penduduk Indonesia akan kekurangan pangan, perumahan, listrik, dan rendahnya tingkat pendidikan.

Seperti yang dikatakan Malthus dalam Terence Hull (2006), penambahan penduduk bagaikan deret ukur dan penyediaan sumber daya pangan cenderung lebih kecil dari deret hitung. Belum lagi kalau diperhitungkan bahwa pada gilirannya nanti penduduk yang bertambah itu juga harus disediakan pekerjaan untuk menopang hidupnya. Beban ini semakin berat lagi, jika yang dilahirkan adalah penduduk yang mempunyai kualitas rendah. Ini tentu akan menjadi beban pembangunan mengingat penduduk yang berkualitas rendah juga mempunyai daya saing yang rendah pula.

Era reformasi membawa perubahan yang signifikan terhadap tatanan sistem pemerintahan yaitu dari sistem sentralistik menjadi sistem desentralistik atau yang diistilahkan dengan otonomi daerah (OTDA).

Perubahan ini dimulai sejak keluarnya UU No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Konsekuensi dari perubahan ini adalah terjadinya pergeseran kebijakan dan pengambilan keputusan. Dalam hal kependudukan, konsekuensi dari otonomi daerah terlihat dari penyerahan SDM, anggaran, perangkat keras, wewenang dan tanggung jawab pengelolaan bidang KB dari BKKBN Pusat ke pemerintah kabupaten atau kota.

Akibatnya, dukungan dan semangat pemerintah tiap-tiap daerah terhadap program KB menjadi variatif. Meski ada pemerintah daerah yang menjadikannya sebagai program primadona, namun banyak juga yang menempatkan program KB pada skala prioritas yang rendah. Hal ini disebabkan belum semua pemerintah daerah memiliki pandangan yang sama tentang arti pentingnya kependudukan.

Hal itu bisa terlihat pada kelembagaan BKKBN yang ada di beberapa kabupaten atau kota yang sudah banyak dilebur ke dalam unit-unit kecil suatu dinas, atau hanya berbentuk kepanitiaan dengan landasan keputusan kepala daerah Syarief (2006). Bahkan Darwin (2007) melaporkan bahwa hanya ada 10 persen pemerintah daerah yang memiliki badan khusus atau dinas yang mengurus program KB.

Menurut Mardiyah dan Sunarsih (2009) faktor lain yang membuat program KB nyaris tidak terdengar lagi adalah menyusutnya Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB). PLKB adalah ujung tombak pelaksanaan program KB dan pembina institusi masyarakat sekaligus menjembatani antara kebijakan yang dikeluarkan dan operasional di lapangan. Banyak dari mereka yang diintegrasikan ke dinas atau lembaga lain untuk

memenuhi kebutuhan tenaga yang tinggi akibat pengembangan kabupaten atau kota dalam otonomi daerah.

Melemahnya komitmen sebagian pemerintah daerah terhadap program KB juga berdampak pada dukungan dana yang disediakan oleh pemerintah kabupaten atau kota terhadap pelaksanaan program KB. Para pengambil kebijakan di kabupaten atau kota masih banyak yang belum menyadari bahwa program KB merupakan satu bentuk *human investment* yang berfungsi untuk meningkatkan SDM serta pemberdayaan keluarga dengan cara pengendalian pertumbuhan penduduk yang akan berimbas pada pengentasan kemiskinan.

Sinyalemen bahwa pelaksanaan Program KB Nasional dalam era desentralisasi ini memang semakin mengendur telah dilontarkan oleh Kusumasari dan Budi Wahyuni (2009) dalam Alimoeso (2009) yang menyatakan penyerahan urusan kewenangan KB kepada pemerintah kabupaten/kota dapat menyebabkan persoalan yang rumit dan memberatkan APBD karena harus mengalokasikan sejumlah dana tertentu.

Menurut Dwiyanto (2000), hal yang paling penting berkaitan dengan implikasi terhadap perkembangan kependudukan di masa yang akan datang adalah patut dipertanyakannya keberlanjutan kebijakan kependudukan secara komprehensif. Ia lebih lanjut mengemukakan bahwa menyerahkan kebijakan kependudukan yang ada selama ini kepada masing-masing sektor cenderung menyebabkan kebijakan kependudukan terkotak-kotak, tumpang tindih, dan saling berbenturan. Padahal sebagaimana tertuang dalam hasil *International Conference on Population Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo, dimana Indonesia termasuk negara yang menandatangani, diperlukan integrasi kebijakan kependudukan dan kebijakan pembangunan seperti dijelaskan oleh Alimoeso (2009).

Tren Fertilitas & Kontrasepsi tahun 1971-2007 menunjukkan pencapaian Program KB sebelum dan sesudah otonomi. Sebelum diotonomikan, terlihat bahwa program KB telah mengalami kemajuan yang pesat dimana peserta KB meningkat dari 26% pada 1980 menjadi 60,3% pada tahun 2003.

Namun setelah didesentralisasikan ke pemerintah kabupaten/kota pada tahun 2004 terlihat bahwa kenaikan peserta KB relatif sangat rendah bahkan cenderung stagnan, yaitu 61,4% atau hanya 1%. Hal ini berarti setelah didesentralisasikan ternyata

terdapat indikasi terjadinya penurunan intensitas penggarapan program KB di kabupaten/kota sebagaimana terlihat dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007.

Sampai saat ini, pemahaman bahwa pelayanan KB merupakan salah satu hak asasi manusia, yaitu hak rakyat untuk mengatur proses reproduksinya, masih rendah. Program KB juga belum dipandang sebagai isu investasi yang mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia dan pembangunan ekonomi. Baru pada akhir 2007 pemerintah merasa perlu menegaskan lagi tentang pentingnya program KB dalam mendukung keberhasilan pembangunan nasional.

Oleh karena itu terbit UU No. 38 Tahun 2007 yang mengatur urusan wajib untuk pemerintahan kabupaten atau kota, termasuk di dalamnya urusan wajib dalam bidang KB. Hal itu berarti bahwa program KB menjadi kewajiban bagi pemerintah kabupaten atau kota. Hal ini disusul dengan adanya UU No.41 Tahun 2007 tentang kelembagaan, termasuk untuk program KB yang merupakan merger dengan program pemberdayaan perempuan berupa Badan atau Kantor dimana pemerintah kabupaten atau kota harus melaksanakan pembangunan KB dan Keluarga Sejahtera (KS) sesuai dengan porsinya seperti yang disebut oleh Mardiyah (2009).

Mengacu pada hasil SDKI tahun 2007, ternyata pelaksanaan dan hasil yang diperoleh Program KB Nasional (PKBN) dalam era desentralisasi cenderung berjalan di tempat. Dibandingkan dengan SDKI 2002-2003, hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa secara Nasional *Total Fertility Rate/TFR* (angka kelahiran total) bertahan di angka 2,6 per wanita usia subur.

Antara 2002-2007, *Contraception Prevalency Rate/CPR* (prevalensi pemakaian kontrasepsi) dikatakan stagnan karena hanya meningkat dari 60.3% menjadi 61.4%. *Unmet need* yang diupayakan dapat diturunkan justru meningkat dari 8,6% menjadi 9,1%. Sementara itu mencermati hasil SDKI 2007 di tingkat provinsi, angka dan tren TFR, CPR, dan *Unmet need* sangat beragam.

Dari data SDKI tersebut dapat disimpulkan bahwa secara kuantitatif demografis pelaksanaan Program KB Nasional dalam kurun waktu lima tahun terakhir tidak mencapai hasil sebagaimana diharapkan yaitu salah satunya pengendalian kelahiran.

Adanya permasalahan dalam pelaksanaan program KB di Provinsi Banten dapat kita lihat dari masih tinggi dan bervariasinya angka kelahiran.

Berdasarkan hasil SDKI 2007, walaupun TFR cenderung menurun dari 2,6 (SDKI 2002/2003 setelah direvisi) menjadi sekitar 2,5 anak per perempuan usia reproduktif (SDKI 2007 setelah direvisi), namun tingkatnya belum mencapai sasaran yang ideal. Angka pemakaian kontrasepsi (CPR) juga masih rendah. Bila dilihat hasil SDKI 2002-2003 dan 2007, CPR tidak memperlihatkan peningkatan yang berarti.

Masih tingginya *Unmet need* juga mencerminkan suatu keadaan yang belum mencapai sasaran ideal. Selain itu, usia kawin pertama perempuan di Provinsi Banten masih rendah yaitu sekitar 18,3 tahun (SDKI,2002-2003) dan 18,8 tahun (SDKI 2007). Partisipasi pria untuk ber-KB juga masih rendah yaitu 1,0% (SDKI 2007).

Dari data dan informasi yang diperoleh dari hasil evaluasi Program KB Nasional di Provinsi Banten tahun 2007 ditemukan masalah dan hambatan dalam pelaksanaan pelayanan program KB di Kabupaten Lebak.

Data demografi yang dikeluarkan BPS menunjukkan jumlah penduduk wilayah Kabupaten Lebak pada 2007 sebesar 1.202.909 jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk (LPP) sekitar 1,72% per tahun. Bila pengendalian pertumbuhan penduduk di Kabupaten Lebak tidak dilakukan dengan baik, ini dapat mempercepat pertumbuhan penduduk di Provinsi Banten dan pada gilirannya mempengaruhi kualitas penduduk di Banten.

Hal ini dapat dimengerti mengingat Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Lebak pada 2006 dan 2007 menempati peringkat paling akhir yaitu peringkat keenam dari enam kabupaten yang ada di Banten. Angka Kematian Ibu (AKI) pada 2007 sebesar 264,98 kasus per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) pada 2007 tercatat 43,92 kasus per 1000 kelahiran hidup. Sementara itu, Angka Harapan Hidup (AHH) pada 2007 adalah 63,11 tahun.

Di sisi lain, jumlah Petugas Lapangan KB (PLKB) dan Petugas KB (PKB) tercatat sebanyak 94 petugas padahal sebelum otonomi daerah ada 122 petugas dan mereka harus menangani 300 desa/kelurahan. Dengan jumlah petugas yang semakin menyusut, nampaknya berat bagi Kabupaten Lebak untuk menyelenggarakan implementasi kebijakan Program KB secara baik.

Rendahnya IPM di Kabupaten Lebak nampaknya dipengaruhi oleh banyaknya jumlah keluarga miskin di kabupaten tersebut. Hasil pendapataan keluarga sejahtera di Provinsi Banten pada 2007 menunjukkan bahwa Keluarga Pra Sejahtera dan Sejahtera I sebesar 57.32 % dari 297.137 keluarga.

Dari pengamatan penulis selama ini baru terdapat dua penelitian menyangkut pelaksanaan Program KB dalam era desentralisasi. Penelitian pertama dilakukan oleh Syahmida S. Arsyad dan Erdha Ilyas pada 2004 tentang Studi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana dalam era desentralisasi.

Penelitian kedua dilakukan oleh Sudiby Alimoeso pada 2009 mengenai pengaruh implementasi kebijakan desentralisasi, kepemimpinan dan pemberdayaan aparatur terhadap kualitas pelayanan Program Keluarga Berencana di Kabupaten Subang, Jawa Barat.

1.2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas terlihat adanya masalah seiring dengan terjadinya reformasi politik pemerintahan yang ditandai dengan penerapan sistem pemerintahan berdasarkan Otonomi Daerah. Pada 2004 terjadi pula pergeseran paradigma dalam pelaksanaan program KB Nasional yaitu dengan penyerahan SDM, anggaran, perangkat keras, wewenang dan tanggung jawab pengelolaan bidang KB dari BKKBN Pusat ke pemerintah kabupaten atau kota.

Oleh karena itu, saat ini pelaksanaannya menjadi sangat bergantung kepada kebijakan strategis pemangku jabatan yang ada di daerah kabupaten/kota. Namun, dukungan dan komitmen pemerintah daerah kabupaten belum memadai dalam implementasi kebijakan program KB. Hal ini dapat dilihat dari bervariasinya bentuk kelembagaan KB maupun dana yang dialokasikan, dan sumber daya yang berkurang.

Dengan diterbitkannya PP No.38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota serta PP Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (OPD), maka jelas bahwa Keluarga Berencana (KB) dan Keluarga Sejahtera (KS) menjadi salah satu dari 28 urusan wajib (pasal 7). Hal ini berarti bahwa KB dan KS merupakan salah satu

kebutuhan dasar masyarakat sehingga Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota wajib menyelenggarakan KB dan KS.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin mengetahui pengaruh struktur birokrasi, sumber daya manusia, dan ketepatan alokasi anggaran terhadap pencapaian target hasil program KB di Kabupaten Lebak pada era otonomi Daerah.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana pengaruh struktur birokrasi, sumber daya manusia, dan ketepatan alokasi anggaran terhadap pencapaian target hasil Program KB di Kabupaten Lebak pada era Otonomi Daerah?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh struktur birokrasi, sumber daya manusia, dan ketepatan alokasi anggaran terhadap pencapaian target hasil program KB di Kabupaten Lebak pada era Otonomi Daerah.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Melihat sejauh mana pengaruh faktor struktur birokrasi Program KB terhadap pencapaian target hasil Program KB di Kabupaten Lebak pada era Otonomi Daerah
- b. Melihat sejauh mana pengaruh faktor sumber daya manusia terhadap pencapaian target hasil Program KB di Kabupaten Lebak pada era Otonomi Daerah
- c. Melihat sejauh mana pengaruh faktor ketepatan alokasi anggaran terhadap pencapaian target hasil Program KB di Kabupaten Lebak pada era Otonomi Daerah.

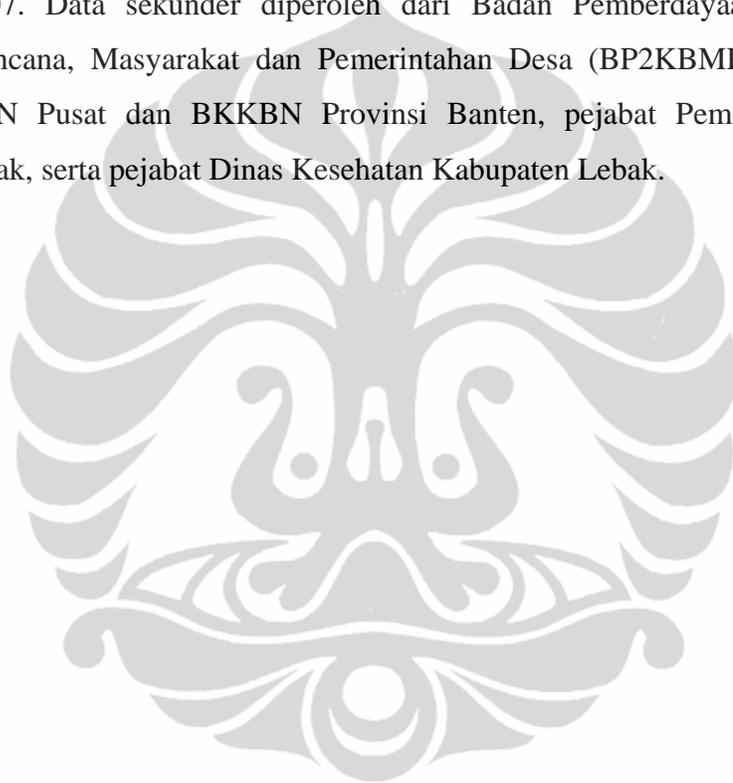
1.5. Ruang Lingkup

Penelitian dilaksanakan pada April-Mei 2010 dengan menggunakan metode kualitatif berdasarkan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap pejabat

Universitas Indonesia

di Badan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintahan Desa (BP2KBMPD) Kabupaten Lebak, BKKBN Pusat, pejabat Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak, dan pejabat Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak yang berhubungan dengan pencapaian target hasil Program KB di Kabupaten Lebak pada era Otonomi Daerah.

Pencapaian target hasil Program KB di Kabupaten Lebak yang diteliti adalah pada dua tahun terakhir sejak diterbitkannya PP Nomor 38 Tahun 2007 dan PP Nomor 41 Tahun 2007. Data sekunder diperoleh dari Badan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintahan Desa (BP2KBMPD) Kabupaten Lebak, BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi Banten, pejabat Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak, serta pejabat Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Keluarga Berencana

2.1.1. Program Keluarga Berencana

Sebagaimana tercermin dalam pengertian KB yang terdapat dalam UU No. 10 Tahun 1992, paling tidak KB menangani empat aspek, yaitu: (1) pendewasaan usia perkawinan, (2) pengaturan kelahiran, (3) pembinaan ketahanan keluarga, dan (4) peningkatan kesejahteraan keluarga. Hal ini berarti program KB tidak sekadar berupaya mengendalikan laju pertumbuhan penduduk, tetapi juga berupaya meningkatkan kualitas penduduk. Semuanya itu harus dimulai dari keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat, namun memiliki posisi strategis sebagai titik sentral pembangunan.

Masih berdasarkan UU di atas, tujuan Program KB secara makro adalah untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk (LPP) dan menurunkan angka kelahiran. Secara mikro KB bertujuan mewujudkan ketahanan keluarga dan kesejahteraan masyarakat yang diwujudkan dalam tujuan sebagai berikut:

- a. Tujuan umum adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
- b. Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.

Walaupun tujuan awal KB adalah untuk kesejahteraan ibu dan anak, akan tetapi ia terus berkembang dan menjadi salah satu kunci sukses bagi pembangunan bangsa dan negara. Bahkan, keberhasilan KB di Indonesia telah membangun semangat bangsa lain di luar Indonesia, sehingga tidak sedikit yang menulis dan menjabarkan pengalaman negara ini sebagai tuntutan untuk negaranya sendiri.

Bahkan banyak penghargaan dari dunia internasional terhadap program KB Indonesia dan banyak tenaga dari negara sahabat yang belajar Program KB di sini. Tenaga dari Indonesia pun tidak sedikit yang menjadi konsultan untuk negara lain yang dikoordinasikan oleh badan dunia seperti PBB.

Implikasi kebijakan Keluarga Berencana (KB) terhadap pemberdayaan masyarakat memberikan pengaruh yang bermakna dan signifikan terhadap kesejahteraan rakyat Indonesia. Kuatnya pengaruh implementasi kebijakan KB terhadap pemberdayaan masyarakat disebabkan luasnya unsur yang tercakup dalam program ini di antaranya kemampuan sosial, pengalaman, kecerdasan spiritual, pengetahuan, kecerdasan emosional dan ketrampilan.

Pengaruh implikasi kebijakan KB tersebut ditentukan oleh organisasi, interpretasi dan aplikasi. Pengaruh masing-masing hal tersebut tidak sama besar yang disebabkan faktor langsung dan tidak langsung. Pengaruh terbesar terhadap pemberdayaan masyarakat diberikan oleh dimensi organisasi, pengaruh berikutnya secara berturut-turut meliputi dimensi interpretasi dan aplikasi.

Selain itu, pemberdayaan masyarakat juga mencakup unsur penyediaan informasi, pemberian kesempatan, komunikasi, budaya, kerjasama, pelibatan dalam pengambilan keputusan dan kegiatan, pemberian teladan, pelatihan, pemberian bantuan dan motivasi.

Penelitian yang dilakukan Sugiri Syarief (2006) melibatkan seluruh penyelenggara program KB di Kabupaten Way Kanan. Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan KB terhadap pemberdayaan masyarakat belum dilaksanakan sebagaimana mestinya. Selain itu, pemerintah daerah belum mengimplementasikan kebijakan KB sebagaimana mestinya sesuai dengan apa yang diamanatkan oleh Kebijakan Nasional Keluarga Berencana (KNKB). Hal ini karena kepemimpinan pemerintah daerah belum mengoptimalkan dimensi-dimensi implementasi kebijakan.

Agar implementasi kebijakan KB dapat memberdayakan masyarakat, ada beberapa hal yang harus dilakukan, antara lain peningkatan kapasitas organisasi dan peningkatan pemahaman pejabat dan pelaksana program KB yang didukung dengan penyediaan barang dan jasa. Selain itu perlu dipilih orang yang tepat yang memiliki kualifikasi dan kompetensi terhadap kebijakan yang akan dilaksanakan.

Menurut Lalu Sudarmadi dalam jurnal *Program Keluarga Berencana, Kependudukan, dan Keluarga Sejahtera*, setidaknya terdapat tiga nilai strategis Program KB yang dapat dicatat, yakni peranannya dalam peningkatan kualitas Sumber Daya

Manusia (SDM), mendorong berlangsungnya perubahan sosial (*social change*) dan mendorong terbentuknya masyarakat madani (*civil society*).

Dengan ketiga nilai strategis ini akan jelas terlihat peranan Program KB Nasional (PKBN) sebagai salah satu “peluru perak” dalam pembangunan nasional, yaitu satu hal yang dapat menyelesaikan banyak hal. (*A single thing fixes a multitude of problem*).

Nilai-nilai strategis Program KB sebagai bagian dari pembangunan manusia (*human development*) menggambarkan bagaimana Program KB dapat mendukung terciptanya pertumbuhan ekonomi yang berlangsung secara distributif, tidak sektoral dan spasial serta menjangkau elemen terkecil dari masyarakat yaitu keluarga.

Meningkatnya indikator-indikator kesejahteraan masyarakat secara komprehensif, mulai dari kesehatan reproduksi dan kesehatan pada umumnya, terbukanya peluang pendidikan yang lebih baik, hingga terciptanya keluarga sejahtera merupakan tolok ukur yang sangat penting bagi pertumbuhan ekonomi yang distributif, bahkan menjadi bagian yang tidak terpisahkan.

Dari beberapa gambaran mengenai nilai-nilai strategis Program KB di atas, ada beberapa implikasi penting yang perlu menjadi catatan. Pertama, adanya gambaran penduduk di masa depan akan mempermudah pemerintah dan para perencana untuk menyiapkan pola pembangunan manusia dalam jangka panjang, menetapkan target yang akan dicapai dan menetapkan strateginya sejak awal.

Kedua, PKBN sebagai bagian penting pengembangan pembangunan manusia perlu didorong ke arah kebijakan utama pembangunan dan ditempatkan sejajar dengan kebijakan utama pembangunan lainnya, seperti pendidikan dan kesehatan. Pergeseran ini dipandang perlu karena pada kenyataannya indikator-indikator penting Indeks Pembangunan Manusia (IPM), seperti angka harapan hidup, pendapatan per kapita, dan tingkat melek huruf secara langsung atau tidak langsung berkaitan erat dengan PKBN.

Ketiga, seiring dengan perlunya menggeser PKBN ke arah kebijakan utama, kebutuhan terhadap penguatan kelembagaan menjadi sesuatu yang tidak kalah pentingnya. Keterkaitan aspek-aspek PKBN dengan kebijakan kependudukan dan pengentasan kemiskinan membutuhkan pengintegrasian yang mengarah kepada terbentuknya suatu *institutional home* yang kredibel dan profesional.

Keempat, pada tataran implementasi, peningkatan manajemen, peningkatan kapasitas (*capacity building*), dan penguatan dana-dana stimulus bagi implementasi kebijakan PKBN merupakan bagian-bagian penting untuk mendukung baik pergeseran maupun penguatan PKBN ke depan.

Menurut Almond dan Powell (1966) untuk bisa melaksanakan perannya secara baik demi mewujudkan tujuan pemberian otonomi daerah, maka institusi-institusi politik lokal dituntut untuk memiliki beberapa kemampuan/kapabilitas sebagai berikut: (1) *Extractive capability*, (2) *Regulative Capability*, (3) *Distributive Capability*, (4) *Symbolic Capability*, dan (5) *Responsive Capability*.

Extractive capability merupakan kemampuan sistem politik untuk mengelola sumber-sumber material dan manusia dari lingkungan domestik maupun internasional. *Regulative capability* adalah kemampuan sistem politik dalam mengontrol atau mengendalikan perilaku individu atau kelompok. *Distributive capability* menuntut adanya kemampuan untuk melakukan alokasi atau distribusi berbagai barang, jasa, nilai, status, dan kesempatan dari lingkungan sistem politik kepada individu atau kelompok di masyarakat. *Symbolic capability* mengindikasikan adanya kemampuan untuk mengalirkan simbol-simbol dari sistem politik ke dalam masyarakat atau dunia internasional. *Responsive capability* berhubungan dengan daya tanggap terhadap tekanan senada dengan itu, namun agak sedikit berbeda.

Wasistiono (2002) mengemukakan kapasitas yang harus dimiliki oleh daerah meliputi: “(a) kapasitas sumber daya (alam manusia, buatan) yang dimiliki dan mampu didayagunakan secara optimal; (b) kapasitas kewenangan yang mampu diberikan kepada rakyat sebagai pemilik kedaulatan”. Dalam menganalisis kemampuan sistem politik yang ada di daerah, digunakan kerangka yang dikemukakan oleh Almond & Powell (1966) seperti tertulis di atas. Selanjutnya perlu dilihat bagaimana institusi-institusi tersebut menjalankan kemampuan mereka dalam mewujudkan otonomi daerah.

Dalam keadaan institusi yang lemah dan interaksi yang kurang memadai untuk mewujudkan tujuan pemberian otonomi daerah maka yang perlu dilakukan adalah mengoptimalkan peran mereka dengan melakukan apa yang disebut sebagai “*capacity building*”. Pengoptimalisasian peran atau “*capacity building*” ini dapat dilakukan

dengan memakai kerangka yang dikemukakan oleh Merillie S. Grindle (1997) sebagai berikut :

Tabel 2.1. Dimensi dan Fokus Pembangunan Kapasitas

Dimensi	Fokus	Jenis Kegiatan
Pengembangan Sumber Daya Manusia	Penyediaan tenaga teknis dan profesional	Pelatihan, upah, kondisi kerja, perekrutan
Penguatan Organisasi	Sistem manajemen untuk meningkatkan performa dari tugas dan fungsi spesifik, struktur mikro	Sistem insentif, utilisasi pegawai, kepemimpinan, budaya organisasi, komunikasi, struktur manajerial
Reformasi Institusi	Institusi dan sistem, struktur makro	Peraturan terkait rezim ekonomi dan politik, serta perubahan hukum dan reformasi konstitusi

Dari kerangka *marielic* di atas, dapat dilihat bahwa “*capacity building*” yang dimaksud harus mencakup tiga dimensi yaitu, pertama pengembangan sumber daya manusia agar memiliki kemampuan profesional dan teknis untuk mengemban peran atau fungsi secara efisien dan efektif.

Kedua adalah penguatan organisasi agar dapat bekerja lebih baik. Penguatan dapat dilakukan bila organisasi yang ada sudah sesuai dengan kebutuhan. Kalau belum maka harus dibangun organisasi yang baru. Suatu organisasi harus bersifat fleksibel agar mampu menyesuaikan diri dengan perkembangan lingkungan/masyarakat dan kebutuhan masyarakat. Organisasi juga harus mampu memberikan pelayanan secara maksimal terhadap lingkungannya. Penguatan organisasi harus diarahkan ke perbaikan sistem manajemen dengan membangun sistem insentif, pemanfaatan personil dengan baik, peningkatan kepemimpinan, dan menciptakan budaya organisasi yang sesuai, sebagaimana Edward E. Marshall (1995) menyatakan “*the long lasting change must begin with culture*”.

Terakhir adalah reformasi institusional yaitu reformasi tempat individu dan organisasi berada. Hal ini dilakukan untuk menciptakan situasi kerja yang kondusif, efektif dan efisien. Dengan kata lain, aturan main bagi bidang ekonomi dan politik,

perubahan kebijakan dan sistem hukum, serta reformasi ketentuan hukum harus dilakukan untuk mendukung bekerjanya organisasi yang ada di dalamnya demi mewujudkan tujuan pemberian otonomi daerah. Bila semua aspek di atas diperhatikan, maka politik lokal akan berjalan dengan baik dan pada gilirannya akan mewujudkan tujuan otonomi daerah.

2.1.2. Perkembangan Kebijakan KB di Indonesia

Dalam Hull (2006) dinyatakan bahwa diskusi-diskusi yang berkembang pada awal 1950'an di Indonesia dapat diringkas menjadi dua hal, dan keduanya mendapat dukungan dari pemerintahan negara-negara yang baru merdeka. Pertama, sesuai dengan perhatian medis pada tahun 1930'an, ada kepercayaan yang kuat bahwa kombinasi masalah kemiskinan dan fertilitas yang tidak dapat dikendalikan secara bersamaan dapat menimbulkan dampak kematian bagi ibu dan anak. Kedua, dengan membangun optimisme prinsip-prinsip perencanaan sosialisme-nasionalisme, ada kepercayaan bahwa kemiskinan dapat diatasi melalui perencanaan ekonomi menggunakan tenaga kerja yang berlimpah-limpah sehingga sumber-sumber kekayaan negara dapat diolah dengan baik.

Pada era Orde Lama, Presiden Soekarno tidak melihat pentingnya KB, dan menetapkan kebijakan "pro-natalist". Pemerintah Orde Baru mempunyai persepsi berbeda, dan menetapkan kebijakan "anti-natalist", yaitu penduduk mesti dikendalikan, karena akan menyulitkan atau paling tidak mengurangi hasil-hasil pembangunan yang telah dicapai.

Pada era Orde Baru, pemerintah menjadikan Program Keluarga Berencana (KB) sebagai salah satu bidang kebijakan unggulan. Ini dimulai sejak Presiden Soeharto menandatangani Deklarasi Kependudukan Tahun 1967 di Den Haag, Belanda. Pada 1970 secara resmi dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang menangani kebijakan pengendalian pertumbuhan penduduk untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Pada akhir 1960'an ada dua tahap pembentukan Program KB Nasional. Pertama, tahun 1968 Presiden Soeharto mendirikan Lembaga Keluarga Berencana Nasional

(LKBN) untuk melaksanakan pengawasan yang efektif terhadap implementasi program penyediaan kontrasepsi kepada penduduk.

Tahap kedua dan sangat penting dalam pengembangan program nasional terjadi pada Februari 1970, ketika presiden memutuskan bahwa LKBN diganti menjadi BKKBN. Sebuah keputusan awal yang penting dari BKKBN adalah strategi untuk mengkonsentrasikan pelayanan di Pulau Jawa dan Bali, dan memberikan pelayanan daerah lain di seluruh Indonesia kepada PKBI. Ini dilakukan karena Jawa dan Bali merupakan wilayah yang sangat padat penduduknya.

BKKBN pada mulanya menciptakan apa yang dikenal sebagai Biro Khusus, untuk menyusun dan melaksanakan sebuah program penjangkauan masyarakat untuk memperoleh pelayanan dari klinik sampai di depan tangga pintu rumah di desa dan daerah kumuh. Program ini merupakan gagasan yang lahir dari kaum sosiolog yang percaya bahwa Keluarga Berencana tidak akan pernah sukses jika mengandalkan perempuan yang mencari pelayanan. Lebih dari itu, mereka membutuhkan informasi, motivasi, dan bahkan kontrasepsi untuk dibawa ke dusun-dusun rumah mereka. Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dipekerjakan dan menjadi bagian dari BKKBN dan bukan Departemen Kesehatan.

Program KB mengalami perkembangan pesat, baik ditinjau dari tujuan, ruang lingkup geografis, pendekatan, cara operasional, dan dampaknya terhadap pencegahan kelahiran. Pada zaman PKBI tahun 1950'an dan 1960'an, tujuan KB yang utama adalah menjarangkan kelahiran. Upaya ini dikaitkan dengan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak. Juga diusahakan agar pasangan suami istri yang mandul mendapatkan keturunan yang diinginkan. Masalah pembatasan kelahiran dan pemecahan masalah kependudukan tidak pernah disinggung.

Jumlah anak yang dianggap ideal disinggung oleh LKBN melalui logo KB yang menggambarkan 4 anak, 2 laki-laki dan 2 perempuan. Pada masa ini banyak dibahas hubungan antara agama dengan KB. Pesannya adalah, bahwa semua agama di Indonesia dapat menerima upaya KB. Pada PELITA I (1969/70-1973/74) KB disatukan dengan kesehatan. Target demografis juga cukup sederhana, yaitu mencapai jumlah akseptor sebanyak 3 juta dalam 5 tahun. Diharapkan tercegah 600.000 – 700.000 kelahiran.

Program ini dikhususkan di Pulau Jawa dan Bali yang padat penduduknya dan meliputi 6 provinsi yaitu: DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali. Daerah-daerah tersebut merupakan daerah perintis dari BKKBN. Baru kemudian pada 1974 muncul program-program integral (*Beyond Family Planning*) dan gagasan tentang fase program pencapaian akseptor aktif.

Komitmen politik yang sangat kokoh selama era sentralistik telah ikut menyukseskan program KB. Hal ini terlihat jelas dengan indikator-indikator berikut yang disampaikan oleh Syarief (2006): 1) posisi program KB sangat jelas; 2) Mendapat dukungan yang kuat dari tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM, organisasi, profesi dan lain-lain; 3) Program yang terarah melalui Delapan Sukses Program KB; 4) Kelembagaan KB yang sangat kuat dari tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten, Kecamatan, Desa, hingga RT dan RW; 5) Dukungan anggaran dana yang besar, baik yang berasal dari dana dalam negeri maupun donor luar negeri; 6) Tenaga PLKB yang sangat memadai hingga pernah mencapai angka 35.000 orang tenaga PLKB.

Keberhasilan program KB pada Pelita I mendorong pemerintah untuk meluaskan program ini ke 10 provinsi lainnya di luar Jawa dan Bali pada Pelita II, yang dikenal sebagai Luar Jawa Bali I. Pada Pelita III program diperluas ke seluruh Indonesia. Kelompok provinsi terakhir ini dinamakan Luar Jawa Bali II.

Kalau pada mulanya BKKBN mencanangkan cukup tiga anak atau Pancawarga, maka kemudian digunakan “cukup dua anak” atau Caturwarga. Sejak Pelita III dampak demografis dari program KB sangat diperhatikan. Target penurunan tingkat kelahiran kasar sebanyak 50%, yakni dari 44 pada 1971 menjadi 22 pada 2000, dipercepat 10 tahun menjadi 1990. Dalam rangka intensifikasi program BKKBN menciptakan strategi yang dinamakan Panca Karya.

Dalam Hull (2006) dinyatakan bahwa sejak Pelita V PKBN berubah menjadi Gerakan KB Nasional (GKBN). Tujuan GKBN adalah mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia.

Menurut Suyono (2005), pada dasawarsa awal program Keluarga Berencana (KB) berjalan (1970-1980) Indonesia telah dapat menekan laju pertumbuhan penduduk menjadi 2,34% dari 2.8% lebih pada dasawarsa sebelumnya. Kemudian pada 10 tahun

berikutnya (1980-1990) laju pertumbuhan penduduk dapat ditekan lagi menjadi 1,98% dan pada dekade berikutnya (1990-2000) tingkat pertumbuhannya menjadi 1,49%.

Kendatipun pertumbuhan penduduk cenderung semakin turun, hal yang perlu dipahami adalah bahwa penduduk Indonesia saat ini kurang lebih berjumlah 219 juta jiwa, sehingga dapat diperkirakan angka pertumbuhan penduduk secara absolut kurang lebih 3 juta jiwa per tahun, hampir sama banyaknya dengan penduduk Singapura atau Selandia Baru, dan akan bertambah terus meskipun program KB tetap berjalan baik.

BAPPENAS memperkirakan pada tahun 2025 penduduk Indonesia akan berjumlah 273,7 juta sehingga keberadaan program Keluarga Berencana saat ini dan untuk waktu yang akan datang masih sangat dibutuhkan dalam rangka menjaga keseimbangan laju pertumbuhan penduduk, pertumbuhan ekonomi, serta daya dukung lingkungan.

Program Keluarga Berencana (KB) mempunyai peran penting dalam pembangunan sumber daya manusia. Sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Perubahan sistem pemerintahan dari pemerintahan yang terpusat menjadi otonomi daerah mempengaruhi pelaksanaan Gerakan KB Nasional. Sesuai dengan UU No.22/1999 dan UU No.32/2004 dan diperkuat dengan Keppres No.9/2009, tanggung jawab Program KB pun dilimpahkan ke kabupaten/kota. Melihat sinyalemen terjadinya penurunan kualitas pelaksanaan KB di tingkat daerah, Pemerintah melalui Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 411.1/1940/SJ tertanggal 1 Agustus 2005 mengharapkan dilaksanakannya intensifikasi pengelolaan Program KB. Untuk itu, diperlukan adanya perhatian Gubernur dan Bupati/Walikota serta para pemimpin DPRD di daerah untuk melakukan lima hal, yaitu:

1. Memberikan dukungan kepada program KB sebagai program prioritas dalam pembangunan daerah.

2. Mempertimbangkan secara proporsional sesuai kebutuhan masing-masing daerah atas adanya satuan perangkat daerah pengelola program KB serta memfungsikan secara maksimal pegawai eks BKKBN kabupaten/kota termasuk PPLKB/PLKB sesuai dengan kompetensi dan pengalaman kerja mereka masing-masing.
3. Memberikan perhatian utama (prioritas) pada keluarga miskin dan rentan yang memiliki angka kelahiran yang tinggi.
4. Memberikan dukungan anggaran program KB yang memadai pada APBD.
5. Mengkoordinasikan pelaksanaannya di kabupaten dan kota di provinsi masing-masing.

Namun kebijakan tersebut masih belum mempunyai daya ungkit yang besar untuk meningkatkan komitmen pemerintah daerah terhadap program KB. Untuk itu, pada tahun 2006 Presiden Susilo Bambang Yudoyono mengamanatkan untuk merevitalisasi program KB di Indonesia dengan mengatakan,

“... mari kita hidupkan kembali program Keluarga Berencana mulai sekarang dan ke depan. Kepada seluruh jajaran pemerintahan untuk menyukseskan Revitalisasi Program KB. Kepada seluruh Gubernur, Bupati, Walikota dan semua pimpinan pemerintahan agar tampil di depan untuk menyukseskan program ini. Program KB bukan program yang mengada-ada, bukan program yang tanpa tujuan yang baik. Program ini adalah untuk kepentingan kita semua, orang seorang, keluarga, dan bangsa kita secara keseluruhan.....”.

Seiring dengan terjadinya reformasi politik pemerintahan yang ditandai dengan penerapan sistem pemerintahan berdasarkan otonomi daerah, terjadi pula pergeseran paradigma dalam pelaksanaan PKBN. Program yang di era sebelum desentralisasi menjadi primadona pembangunan sumber daya manusia, sekarang ini pelaksanaannya menjadi sangat bergantung kepada kebijakan strategis pemangku jabatan yang ada di daerah.

Hal ini tercermin dari belum memadainya komitmen pemerintah daerah kabupaten/kota dalam pengelolaan program KB yang dapat dilihat dari bervariasinya

bentuk kelembagaan KB maupun dana yang dialokasikan. Akibatnya dukungan terhadap pelaksanaan mekanisme dan sistem operasional program KB di lapangan semakin melemah.

Baru pada akhir 2007 pemerintah merasa perlu menegaskan lagi tentang pentingnya program KB dalam mendukung keberhasilan pembangunan nasional. Oleh karena itu terbit UU No. 38 Tahun 2007 yang mengatur urusan wajib untuk pemerintahan kabupaten/kota yang termasuk di dalamnya urusan wajib dalam bidang KB. Lalu disusul dengan adanya UU No.41 Tahun 2007 tentang kelembagaan, termasuk untuk program KB yang digabung dengan program pemberdayaan perempuan berupa Badan atau Kantor dimana pemerintah kabupaten atau kota harus melaksanakan Program KB.

Syarief (2009) menyatakan yang menjadi penyebab melemahnya program KB pada era desentralisasi, paling tidak mencakup dua hal:

Pertama, komitmen yang lemah pada sebagian besar Kepala Daerah (Bupati/Walikota) terhadap program KB. Terbukti dari 440 kabupaten/kota se-Indonesia, hanya 31 kabupaten/kota yang membentuk Dinas BKKBN secara utuh. Akibat dari kondisi itu, selain menjatuhkan “mental” personil eks BKKBN Kabupaten/Kota, anggaran yang diterima untuk mempertahankan/mengembangkan pelaksanaan program KB menjadi tersendat. Di satu sisi pemerintah pusat sudah mengurangi porsi untuk kabupaten/kota, sementara Pemkab/Pemkot hanya mengucurkan sedikit sekali anggaran untuk program KB.

Kedua, dengan alasan pemberdayaan potensi, peningkatan karir atau penempatan PNS sesuai latar belakang pendidikan dan lain-lain, tidak sedikit Penyuluh Keluarga Berencana (PKB) potensial yang dipindah/dialih tugaskan ke dinas/instansi/SKPD lain tanpa ada penggantian tenaga penyuluh yang layak dengan kemampuan sebanding dengan sebelumnya. Ditambah dengan petugas yang pensiun atau meninggal, petugas lapangan yang memiliki tugas pokok menyosialisasikan program KB berkurang hingga 35% dari sekitar 36 ribu pada tahun 2003 menjadi hanya sekitar 17 ribuan pada tahun 2010 ini.

Selain intensitas pembinaan program KB di lapangan menjadi jauh menurun, dampak langsung yang dapat dilihat adalah terhentinya kreativitas untuk mengembangkan program KB agar semakin dinamis dan diterima masyarakat.

Akibatnya sekarang ini sudah cukup terasa. Selain seperti kehilangan roh, program KB tidak lagi banyak bergema di masyarakat bahkan nyaris tak terdengar. Bila kondisi ini tetap dibiarkan tanpa ada upaya penanganan serius dari pemerintah kabupaten atau kota mulai saat ini, Program KB Nasional lambat laun akan “ambruk” dan menjadi bahan cemoohan lebih dari 97 negara di dunia yang pernah belajar KB di Indonesia melalui paket *International Training Program (ITP)*.

Bukan hanya itu, akibat yang lebih besar dan membahayakan telah menunggu, yakni ancaman ledakan bayi (*baby boom*) kedua. Menurut Kepala BKKBN Pusat, Sugiri Syarief, ancaman ini tidak mengada-ada karena sinyalemen ke arah sana mulai terasa. Bila penambahan penduduk per tahun periode 2000 hingga 2005 diprediksi hanya sekitar 3 juta, sekarang ini telah meningkat menjadi 4,3 juta jiwa per tahun dengan karakteristik *Total Fertility Rate/TFR* yang cenderung naik.

Yang lebih menyedihkan lagi, dalam lima tahun terakhir, kesertaan masyarakat dalam ber-KB hanya meningkat rata-rata 0,5%. Dalam kondisi yang demikian, bila program KB tidak segera digalakkan dan diaktifkan kembali, di tahun 2015 jumlah penduduk Indonesia akan menjadi 255,5 juta jiwa. Akibat lebih jauh, penduduk miskin, yang saat ini mencapai lebih dari 60 juta jiwa, dipastikan juga akan bertambah.

2.1.3. Perkembangan Kebijakan Keluarga Berencana di Kenya

Kebijakan mengenai pelayanan kontrasepsi (populasi, KB, dan kesehatan reproduksi) sering mengalami penurunan atau fluktuasi seiring komitmen para elit kebijakan nasional di negara-negara wilayah utara, yang mengakibatkan bermulanya evolusi kebijakan dan rendahnya implementasi.

Hal ini terjadi di Kenya. Pada tahun 1980'an, implementasi kebijakan kependudukan dan kesehatan reproduksi mencapai puncaknya. Hal ini terjadi karena adanya komitmen pemerintah untuk mendukung kebijakan tersebut serta didukung pula dengan adanya perubahan dalam kontekstual kebijakan, dan peran aktif dari berbagai

pihak. Akan tetapi pada tahun 1990'an isu tentang populasi dan kesehatan reproduksi mengalami penurunan tingkat prioritas di dalam agenda nasional dan internasional.

Hal ini berdampak pada alokasi penyediaan serta pelayanan alat kontrasepsi dan akhirnya berdampak pada naiknya angka kelahiran. Hingga tahun 2000, birokrasi pemerintah memainkan peranan yang penting dalam memperluas area kebijakan melalui advokasi publik dan kegiatan advokasi tersembunyi.

Di Kenya, Kebijakan Populasi pertama diperkenalkan pada tahun 1967, akan tetapi keterlibatan pemerintah dalam pelayanan kontrasepsi baru dimulai dengan sungguh-sungguh pada 1980'an. Alokasi pengadaan dan pelayanan kontrasepsi meningkat secara mengejutkan pada periode ini, dan rata-rata prevalen kontrasepsi meningkat 7% sampai 27% antara tahun 1980 dan 1989.

Perubahan politik, birokrasi, konteks nasional dan internasional memiliki pengaruh yang besar pada dukungan program keluarga berencana dalam lingkungan birokrasi. Selama 1980'an, Presiden Daniel arap Moi muncul sebagai sosok yang memberikan dukungan yang tinggi terhadap program KB dengan memasukkan isu program keluarga berencana pada lingkungan agama dan kultural untuk memastikan efektivitas implementasi dari kebijakan populasi.

Akan tetapi komitmen Moi memiliki keterbatasan yang signifikan. Sumber daya program keluarga berencana tetap secara total dibiayai oleh para donor semasa dia menjabat, dan pemerintahannya gagal untuk mengambil tindakan dan memberikan respon untuk mengurangi alokasi sumber daya yang diberikan oleh para donor. Akibatnya, implementasi dan evolusi kebijakan mengalami stagnasi (NCAPD 2003).

Penyebab dari adanya stagnasi dalam implementasi kebijakan tersebut adalah lambannya respon Pemerintah Kenya terhadap perubahan alokasi bantuan internasional, yang bergeser ke isu HIV/AIDS. Hal ini ditambah dengan lemahnya manajemen penyediaan sumber daya terutama dari kementerian kesehatan dan *Kenyan Medical Supply Agency* (Kemsa).

Para donor juga disebutkan kecewa terhadap pemerintah Kenya yang kurang memiliki perencanaan serta manajemen yang lemah dan kurangnya dukungan untuk KB di dalam kementerian kesehatan pemerintah Kenya.

Pengumpulan data kependudukan yang baru dilakukan pada 2003 menunjukkan adanya ‘masalah pada kebijakan’. Hal ini menjadi peringatan bagi para pembuat kebijakan agar kembali memprioritaskan program keluarga berencana. Beberapa informan kunci dari *National Coordinating Agency for Population and Development* (NCAPD) kementerian kesehatan Kenya, USAID dan NGO-NGO menunjukkan pentingnya data-data *Kenya Demographic and Health Survey* (KDHS) pada tahun 2003 dalam mengidentifikasi dan mengajak yang lain untuk memperhatikan pentingnya isu tersebut.

Hasilnya sangat jelas menunjukkan bahwa *unmet need* pada keluarga berencana tidak mengalami perubahan selama 10 tahun terakhir. Prevalensi kontrasepsi masih sama dan TFR mengalami peningkatan. Hal ini membunyikan bel peringatan kepada para pembuat kebijakan. Dari hasil analisa didapatkan bahwa tidak adanya perubahan dalam *unmet need* disebabkan karena adanya penurunan dalam sumber daya KB. Oleh karena itu, diperlukan program yang khusus dengan menggunakan advokasi yang tinggi untuk melobi pemerintah, rekanan dan para donor. Dan NCAPD memiliki mandat untuk memberikan advokasi tersebut.

Berbagai faktor seperti sosial, ekonomi dan demografi dapat memberikan kontribusi pada buruknya angka kelahiran dan tren penggunaan kontrasepsi. Oleh karena itu diperlukan inisiatif-inisiatif advokasi dengan tujuan untuk mempengaruhi pemerintah dalam memprioritaskan pelayanan dan alokasi dana publik untuk penyediaan kontrasepsi. Ini bisa dilakukan saat pertemuan/diskusi tentang budget pemerintahan dengan para anggota parlemen.

Dari beberapa penelitian sebelumnya, terlihat bahwa konservatisme, kurangnya transparansi dan konsentrasi dalam pembuatan keputusan dalam proses pendanaan (budget) adalah faktor- faktor yang dapat membatasi area kebijakan.

Latar belakang karakteristik para elit kebijakan juga menjadi faktor penting yang membentuk suatu kebijakan. Kualitas, tingkat keahlian, pengalaman, besarnya pengaruh dan kesetiaan para elit mempengaruhi dua hal, yaitu penerimaan terhadap perubahan kebijakan, dan kesuksesan dalam menggolkan kebijakan tersebut.

Area kedua yang mempengaruhi kebijakan adalah ‘situasi kebijakan’ atau bagaimana persepsi para pembuat kebijakan tentang isu-isu pembentuk dinamika

dalam pembuatan keputusan. Krisis atau ‘politik’ mempengaruhi tingkatan pengambilan keputusan dan sejauh mana perhatian terhadap isu kebijakan tersebut. Karakteristik kebijakan juga dipengaruhi oleh keputusan para elit, yang juga mempengaruhi cakupan para pembuat kebijakan dalam memperkenalkan dan memprioritaskan kebijakan itu.

Model Grindle dan Thomas (1991) menggambarkan hubungan berbagai macam faktor ini. Faktor kontekstual membentuk keadaan suatu pembuatan keputusan oleh para elit mengenai kebijakan tertentu dan pada waktu tertentu. Sebaliknya, keputusan-keputusan ini membentuk karakteristik kebijakan, dan insentif birokrasi untuk mendukung dan tidak mendukung kebijakan tersebut. Insentif-insentif ini sebaliknya membentuk keputusan yang dibuat oleh pembuat kebijakan dan manajer kebijakan tentang alokasi sumber daya, dan menjelaskan bagaimana prioritas dan implementasi dapat berfluktuasi setiap waktu.

Dukungan kuat untuk program Keluarga Berencana dalam kementerian memainkan peranan yang sangat penting dalam memperluas kebijakan yaitu melalui advokasi kepada publik dan antar-pemerintah (intragovernment).

Pada 1990’an, terjadi *unmet need* pada program Keluarga Berencana karena kurang tersedianya komoditas kontrasepsi terutama penyediaan kontrasepsi yang menjadi pilihan mereka.

Di Kenya semua hal ini bergantung pada adanya motivasi yang tinggi dari tiap-tiap individu di kementerian perencanaan dan kementerian kesehatan serta keberadaan dari NCAPD, yang independen dan memiliki mandat untuk memberikan advokasi tentang populasi dan isu-isu yang bersangkutan

Studi ini dilakukan sebagai observasi dari teori Grindle dan Thomas (1991) bahwa ‘konten kebijakan’ dari kebijakan populasi, menyangkut dipertahankannya permintaan birokrasi, dihilangkannya keuntungan dan rendahnya *stakes* politik, adalah kemungkinan alasan mengapa kebijakan mengenai penyediaan kontrasepsi bergerak begitu rendah dan sering menunjukkan implementasi yang rendah pula.

Para elit kebijakan dapat dikatakan sebagai penggerak suatu area kebijakan, yang mempengaruhi beberapa jajaran agen yang mereka miliki dalam mereformasi dan menjalankan implementasi kebijakan. Konsep ini diambil dari teori Grindle dan Thomas (1991).

Berkurangnya komitmen akan memicu adanya stagnasi dalam implementasi. Hal ini bisa diatasi dengan penciptaan kebijakan dan strategi baru oleh para elit kebijakan.

Kebijakan kesehatan reproduksi dan kebijakan populasi di Kenya dikritik telah mengalami penurunan prioritas. Hal ini juga terjadi di beberapa negara utara, khususnya dalam konteks beralihnya perhatian internasional dan *official development assistance* pada program-program HIV dan Aids pada tahun 1990.

Kegiatan-kegiatan advokasi publik yang mengikutsertakan anggota-anggota parlemen dan media yang diorganisir oleh NCAPD dan partner-partner yang lain dapat dilihat sebagai usaha untuk menggeser isu populasi dari sekadar isu birokrasi menjadi isu publik.

Agenda perencanaan pembentukan program keluarga berencana dalam rencana pendanaan 2005 menggunakan dua proses advokasi. Yang pertama adalah proses publik untuk mempengaruhi anggota parlemen, senior birokrat dan publik secara luas. Hal ini agar mereka aktif dalam proses budgeting atau perencanaan keuangan, dan memastikan sumber dana dialokasikan untuk alat-alat kontrasepsi.

Yang kedua meliputi advokasi di internal pemerintah untuk mempengaruhi proses budgeting dalam kementerian kesehatan, dan advokasi antara kementerian kesehatan, kementerian perencanaan dan kementerian keuangan.

Advokasi antar pemerintah dapat dilihat sebagai strategi untuk menciptakan rasa kedaruratan (*urgency*) mengenai program keluarga berencana sebagai masalah kebijakan, agar dapat menciptakan dinamika pembuatan keputusan yang memihak.

Argumen-argumen dibuat untuk melawan persepsi umum antara pembuat kebijakan yang mempertahankan terjadinya transisi kelahiran secara otomatis melalui perubahan sosial ekonomi, tanpa memerlukan adanya intervensi pemerintah.

Argumen-argumen NCAPD kepada para pemerintah adalah "*jangan biarkan kehidupan warganegaramu bergantung dari belas kasihan para donor.*" Selain itu, harus dibuat pula rencana B (*optional plan*) dari dana pemerintah untuk program keluarga berencana. Para pembuat kebijakan berhadapan dengan berbagai macam isu yang kompetitif dengan sumber daya yang terbatas.

Faktor-faktor eksternal dan tren struktur internasional memiliki pengaruh yang sangat penting terhadap proses kebijakan kesehatan nasional. Faktor-faktor internasional

ini sering kali membawa pengaruh yang kontradiksi, khususnya dalam konteks karakteristik dimana terdapat ketergantungan pemerintah pada dana-dana eksternal, syarat-syarat bantuan, pergantian prioritas, dan ketetapan dalam program vertikal.

Dari tahun 2003, kegiatan advokasi mengacu kepada para birokrat, dengan dukungan dari politikus, internasional dan masyarakat sipil, untuk meningkatkan pandangan para pembuat kebijakan betapa pentingnya pelayanan kontrasepsi dan menghasilkan pengenalan garis pendanaan (budgeting) yang baru untuk komoditas kontrasepsi di tahun 2005.

Beberapa strategi advokasi yang muncul dikatakan efektif bila dapat memicu peningkatan prioritas pada isu-isu tersebut. Strategi ini termasuk menggabungkan advokasi publik dengan advokasi antar pemerintah, mengorganisir kegiatan-kegiatan yang difokuskan, dan menggunakan berbagai macam narasi kebijakan dalam membingkai program keluarga berencana.

Proses advokasi meliputi juga beberapa faktor yang dikoordinasikan secara longgar melalui program keluarga berencana dan komite kesehatan reproduksi yang dipimpin oleh kementerian kesehatan, dengan anggota yang meliputi Country Program Action Plan (CPAP), NGO-NGO, dan para donor. Tujuannya yaitu 'reposisi' program keluarga berencana dengan menaikkan profilnya sebagai prioritas pembangunan pemerintah, dengan membuatnya menjadi satu-satunya isu multisektor melalui peningkatan integrasi dengan HIV dan AIDS dan isu-isu reproduksi kesehatan yang lain khususnya kesehatan ibu dan kesehatan anak.

Slogan 'merencanakan keluarga berencana adalah merencanakan pembangunan nasional' telah digunakan dalam materi advokasi yang didistribusikan pada workshop-workshop advokasi NCAPD. Pada inisiatif advokasi untuk mempengaruhi pegawai pemerintah dan para anggota parlemen, pendukung program keluarga berencana difokuskan pada pentingnya program keluarga berencana untuk ekonomi dan pembangunana sosial, serta pengurangan kemiskinan dan khususnya untuk pencapaian MDG's.

2.1.4. Perkembangan Program KB di Indonesia

Indonesia dengan jumlah penduduk 239.240.336 jiwa saat ini berada pada urutan keempat dari 5 negara berpenduduk terbesar setelah China, India, dan Amerika Serikat. Brasil berada di peringkat kelima. Jumlah penduduk yang besar tidak menjadi masalah bila memiliki kualitas yang baik karena bisa menjadi sumber daya manusia dalam pembangunan.

Namun bila sebaliknya, pada akhirnya justru akan menjadi beban dalam pembangunan. Data BKKBN Provinsi Banten (2009) menyebutkan salah satu prasyarat kemajuan suatu bangsa adalah kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu sekitar 80 persen dan sisanya dari kekayaan sumber daya alam (SDA). Ini berarti bahwa SDA yang melimpah saja tidak akan membuat suatu bangsa maju dan sejahtera bila tidak diikuti oleh SDM yang handal dan berkualitas.

Human Development Index (HDI) Report 2007 menyebutkan saat ini kualitas penduduk Indonesia yang diukur melalui Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau HDI yang meliputi pendidikan, kesehatan dan daya beli masyarakat menunjukkan kondisi yang masih rendah yaitu di peringkat 107 dari 177 negara.

Di kawasan ASEAN Indonesia menduduki peringkat ke 7 dari 10 negara yang tergabung dalam ASEAN, berada di atas Kamboja, Myanmar, dan Laos tetapi di bawah Vietnam. Upaya untuk meningkatkan kualitas SDM ini hanya dapat dilakukan melalui tiga pelayanan sosial dasar yaitu: pendidikan, kesehatan dan KB, serta peningkatan daya beli masyarakat.

Dalam perspektif 40 tahun Program KB Nasional, tingkat kelahiran menunjukkan kecenderungan menurun, namun jumlah penduduk masih terus bertambah. Dengan laju pertumbuhan penduduk (LPP) saat ini yang diperkirakan masih sekitar 1,03% maka pertambahan penduduk di Indonesia secara absolut masih sangat besar, yaitu sekitar 3-4 juta jiwa per tahun.

Indonesia masih menghadapi persoalan serius dalam hal kemiskinan. Berdasarkan hasil Pendataan Keluarga tahun 2008, diperkirakan jumlah penduduk miskin masih sangat besar. Dari 59,1 juta keluarga yang ada, sekitar 13,5 juta keluarga (22,9%) merupakan Keluarga Pra Sejahtera dan sekitar 13,8 juta (23,3%) merupakan Keluarga Sejahtera-1.

Hasil pendataan keluarga tahun 2008 tersebut relatif sama dengan hasil pendataan keluarga tahun 2007 dengan jumlah seluruh keluarga mencapai sekitar 54,7 juta. Di dalamnya termasuk sekitar 13,5 juta (23,5%) Keluarga Pra Sejahtera (KPS) serta sekitar 13,8 juta (24,0%) Keluarga Pra Sejahtera I (KS I).

Permasalahan yang dihadapi saat ini adalah angka kelahiran total per wanita atau *Total Fertility Rate* (TFR) bagi wanita miskin yang masih lebih tinggi dibandingkan dengan TFR wanita yang lebih mampu. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 menunjukkan TFR wanita miskin diperkirakan 3,0 anak per wanita dibandingkan dengan yang kaya sekitar 2,7 per wanita. Indikasi lain ditunjukkan oleh hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 1995 dan 2006, dimana keluarga miskin cenderung memiliki anggota keluarga yang lebih besar.

Kita ketahui pula bahwa keluarga miskin relatif sangat rentan dan sangat terbatas kemampuannya dalam mengakses sumber daya, terutama pangan, kesehatan, dan pendidikan. Di samping itu, jumlah anak yang dimiliki juga sangat berpengaruh pada beban pengeluaran. Oleh karena itu, pengendalian jumlah anak dalam keluarga miskin sangat diperlukan, dan dukungan Program Keluarga Berencana menjadi sangat penting.

Reformasi politik membawa perubahan dalam sistem pemerintahan dan berdampak pada pelaksanaan program KB Nasional. Program yang sebelumnya menjadi primadona pembangunan sumber daya manusia sekarang menjadi sangat bergantung pada kebijakan strategis pemangku jabatan yang ada di daerah. Hal ini tercermin dari belum memadainya komitmen pemerintah daerah kabupaten/kota dalam pengelolaan program KB yang dapat dilihat dari bervariasinya bentuk kelembagaan KB maupun dana yang dialokasikan.

Akibatnya, dukungan terhadap pelaksanaan mekanisme dan sistem operasional program KB di lapangan jadi melemah. Agar sejalan dengan era desentralisasi, pemerintah melakukan formulasi ulang arah kebijakan program dan dituangkan dalam visi, misi, dan strategi dasar program KB yang baru.

Hal ini diperlukan untuk membangun kembali sendi-sendi program yang oleh berbagai kalangan disinyalir melemah dalam era desentralisasi saat ini. Dengan demikian, kinerja program diharapkan dapat meningkat dan sasaran-sasaran Program KB Nasional dapat dicapai.

Dengan diterbitkannya Peraturan Pemerintah (PP) No.38/2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota serta PP No.41/2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah (OPD), maka jelas bahwa Keluarga Berencana (KB) dan Keluarga Sejahtera (KS) merupakan salah satu dari 28 urusan wajib pemerintah daerah.

HASIL-HASIL PELAKSANAAN PROGRAM

A. Pencapaian Sasaran

1. Laju pertumbuhan Penduduk

Penduduk Indonesia menurut Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2005 berjumlah 213,4 juta jiwa. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk tahun 2000 dan SUPAS tahun 2005, diperkirakan laju pertumbuhan penduduk Indonesia periode 2000-2005 berkisar pada angka 1,3% per tahun. Sasaran Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) Indonesia pada 2009 diharapkan turun menjadi 1,14%. Bila penurunan ini bisa terjadi sesuai rencana maka jumlah penduduk Indonesia pada 2009 diproyeksikan menjadi sekitar 231 juta jiwa saja.

2. Angka Kelahiran Total atau *Total Fertility Rate* (TFR)

RPJMN 2004-2009 menargetkan rata-rata jumlah anak yang dimiliki wanita Indonesia adalah 2,2 anak. Jika diperhatikan tren angka fertilitas (TFR) hasil Sensus dan Supas dari 1971 sampai 2005 menunjukkan adanya kecenderungan menurun. Pada awal 1970 angka fertilitas total adalah 5,61 per wanita dan menurun signifikan menjadi 2,26 per wanita pada tahun 2005. Namun hasil SDKI tahun 2007 menunjukkan rata-rata jumlah anak yang dilahirkan seorang wanita masih 2,6 anak, dan menurut beberapa ahli hasil SDKI 2007 setelah dikoreksi, angka TFR berkisar 2,3 per wanita. Angka ini tidak jauh berbeda dengan hasil Supas 2005.

Hasil SDKI 2007 yang sudah dikoreksi, apabila dilihat menurut provinsi, terlihat sangat bervariasi yaitu mulai dari yang terendah 1,5 di Provinsi DIY sampai dengan yang tertinggi sebesar 3,7 per wanita di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Maluku. Oleh sebab itu dengan melihat sisa waktu yang ada, tampaknya kita harus bekerja keras agar mencapai angka fertilitas yang diharapkan, yaitu salah

satunya dengan meningkatkan prevalensi pemakaian kontrasepsi serta peningkatan usia kawin pertama wanita.

3. *Unmet Need*

Berdasarkan SDKI tahun 2007, persentase jumlah wanita yang sudah tidak ingin punya anak lagi atau masih ingin punya anak tapi ditunda yang tidak menggunakan salah satu cara kontrasepsi (*unmet need* KB) sebesar 9,1%. Sementara itu, menurut hasil SDKI 2002/2003 *unmet need* sebesar 0.5%.

Kondisi *unmet need* pada setiap provinsi sangat bervariasi, mulai dari yang paling rendah sebesar 3,2% di Provinsi Bangka Belitung sampai tertinggi di Provinsi Maluku sebesar 22,4%. Memperhatikan perkembangan *unmet need* dari 2003 sampai dengan 2007 dan sasaran RPJMN tahun 2009 sebesar 6%, maka diperlukan upaya-upaya yang mempunyai daya ungkit yang tinggi antara lain melalui peningkatan akses dan kualitas informasi dan pelayanan KB sehingga *unmet need* dapat diturunkan lebih kurang 3,1%.

4. Peserta KB Baru (PB)

Pada tahun 2009, perkiraan permintaan masyarakat untuk menjadi peserta KB Baru (PPM-PB) secara nasional sebanyak 6.508.749 pasangan. Jumlah ini dialokasikan di 33 provinsi di seluruh Indonesia sebagai salah satu sasaran kinerja provinsi Indonesia. Jumlah pasangan subur yang berhasil dilayani tercatat sebanyak 7.678.667 pasangan atau 118% dari PPM-PB. Secara absolut, pencapaian PB tahun ini naik 882.720 peserta dibandingkan tahun 2008. Apabila dilihat menurut provinsi, semua provinsi mencapai target yang telah ditetapkan, dengan pencapaian tertinggi sebesar 156,3% yaitu di Provinsi Kepulauan Riau.

5. Peserta KB Baru Pria

Peserta KB Baru Pria merupakan salah satu sasaran yang telah disepakati oleh semua provinsi. Pada 2009 secara nasional ditetapkan sasaran sebanyak 925.587 peserta. PUS yang suaminya berhasil diajak menjadi peserta KB Baru Pria pada 2009 mencapai 683.987 pria atau 73,90% dari PPM PB-Pria. Walaupun secara persentase angka ini lebih rendah dari pencapaian tahun 2008, namun secara absolut jumlah peserta KB Baru Pria naik 460.077.

Apabila dilihat menurut provinsi, tercatat 11 provinsi yang pencapaian PB-Prianya melebihi 100%, dengan angka tertinggi 164% di Provinsi Kalimantan Barat, sedangkan 22 provinsi lainnya masih dibawah 100% dengan pencapaian terendah pada provinsi Jawa Tengah sebesar 38,2%.

Bila dilihat secara kumulatif, pencapaian PB Pria dari 2005 sampai dengan 2009 telah mencapai 1.276.499 atau 4,33% dibanding total PB nya. Bila dilihat tren pencapaian PB Pria terhadap total PB dari 2005 sampai 2009 tampak ada kecenderungan meningkat. Pada 2005 capaian PB pria terhadap total PB secara reguler dari tahun ke tahun meningkat.

6. Kelembagaan SKPD-KB Kabupaten/Kota sesuai dengan PP 41/2007

Perkembangan penyesuaian nomenklatur SKPD-KB Kabupaten/Kota sampai Desember 2009 yang ditetapkan menurut Peraturan Daerah (PERDA) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2. Status Kelembagaan Pemerintah Daerah

NO	Status Kelembagaan	Jumlah Kab/Kota	Persentase
1.	Peraturan Daerah	464	93,74%
2.	Rancangan Peraturan Daerah	6	1,21%
3.	Draft Eksekutif	3	0,61%
4.	Lain-lain (Daerah Pengembangan)	22	4,00%
	Jumlah Kab/Kota	495	100%

Tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah SKPD-KB Kabupaten/Kota yang telah menyesuaikan dengan PP 41/2007 yang dikukuhkan dengan Perda tercatat 464 Kabupaten/Kota atau 93,74 persen dan 31 Kab/Kota dari 9 provinsi yang belum sesuai dengan PP 41/2007.

7. Dukungan Anggaran Program KB Nasional

Dukungan anggaran untuk pelaksanaan Program KB Nasional dalam RPJMN 2005-2009 yang dituangkan melalui APBN selama kurun waktu 5 tahun sejumlah Rp 486 juta. Anggaran ini secara nasional mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada 2005 naik menjadi Rp 662,519 juta dan pada 2006

menjadi sebesar Rp 723,644 juta. Tiga tahun berikutnya secara berturut-turut naik menjadi Rp 1,075 miliar (2007), lalu Rp 1,2 miliar (2008) dan Rp. 1,198 miliar (2009).

Dukungan anggaran tersebut dialokasikan untuk pelaksanaan Program Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga, Penguatan Kelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas, Pengelolaan Sumber Daya Aparatur, Penyelenggaraan Pimpinan Kenegaraan dan Pemerintahan, Peningkatan Pengawasan dan Akuntabilitas Aparatur Negara, dan Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur Negara.

Di samping itu, revitalisasi Program KB untuk mewujudkan Keluarga Kecil Berkualitas merupakan salah satu prioritas pembangunan saat ini. Untuk itu, Pemkab/Pemkot perlu didorong agar secepatnya mewujudkan peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB kepada masyarakat. Pemerintah pada 2009 mengalokasikan Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang Keluarga Berencana sebesar Rp. 329 milyar untuk 373 Kabupaten/Kota di 32 Provinsi. Dana ini mengalami kenaikan sebesar Rp 50 milyar atau 17,92% dibanding DAK tahun 2008. Pencairan DAK langsung dari Pemerintah Pusat (Menteri Keuangan) ke Pemerintahan Kabupaten/kota.

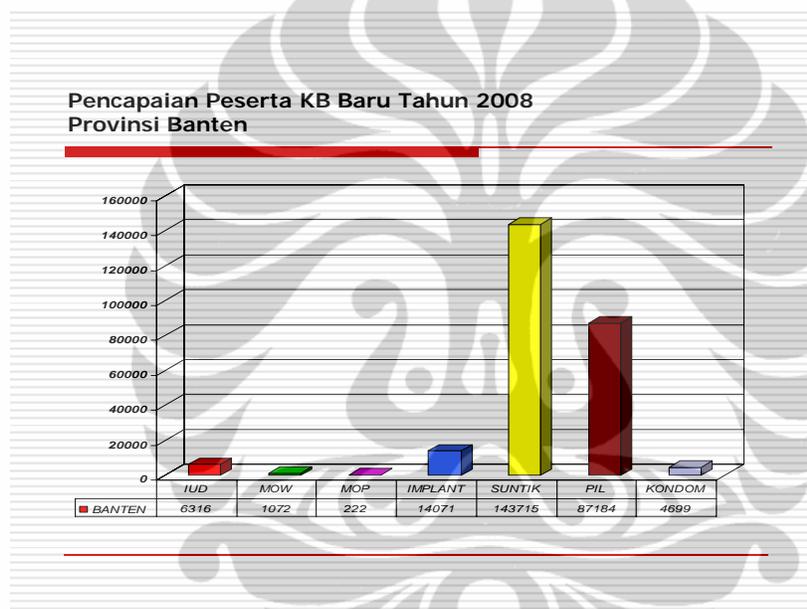
2.1.5. Perkembangan Program Keluarga Berencana di Provinsi Banten

Kebijakan program Kependudukan dan KB di Provinsi Banten sudah dimulai sejak berdirinya Provinsi Banten pada tahun 2000 dengan visi program “Keluarga Berkualitas tahun 2015”. Kebijakan yang dilakukan adalah meningkatkan kualitas SDM dan pembangunan berkelanjutan di Provinsi Banten dengan memantapkan Program KB di lini lapangan. Strategi untuk mencapai program KB yang digunakan adalah melalui integrasi, desentralisasi, pemberdayaan, kemitraan dan segmentasi sasaran.

Perkembangan Program KB di Provinsi Banten bisa dilihat dari banyaknya jumlah pemakaian alat atau cara kontrasepsi pada 2007 yang mencapai 57%. Angka tersebut menurun dibandingkan dengan pemakaian cara kontrasepsi pada tahun 2002-2003 yang mencapai angka 59%.

Pada 2009, perkiraan permintaan masyarakat untuk menjadi peserta KB Baru (PPM-PB) di Provinsi Banten ditetapkan sebanyak 215.160 pasangan. Bila dibandingkan dengan target PPM PB 2008 yang berjumlah 210.500 pasangan, terjadi penurunan sasaran sejumlah 4.660 pasangan. Sampai dengan Desember 2009, perolehan PB tercatat sebanyak 311.103 peserta atau 144.59% dari PPM PB. Walaupun pencapaian PB 2009 melampaui target, namun bila dilihat per metode kontrasepsi, tidak semua sasaran pada masing-masing metode dapat tercapai, terutama MOP dan kondom.

Tabel 2.3. Pencapaian PPM Baru Tahun 2008 di Banten



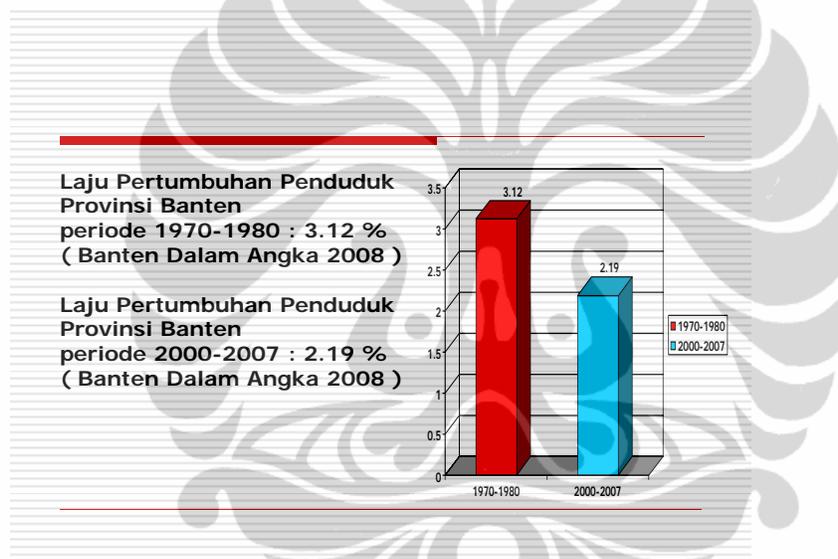
Hanya saja, sebagaimana yang diungkapkan oleh H.M.Masduki dalam Rapat Kerja Daerah (RAKERDA) Provinsi Banten pada 2009, bahwa program KB di Banten mengalami penurunan karena beberapa faktor, di antaranya adalah keterbatasan macam dan jenis alat kontrasepsi bagi laki-laki, keterbatasan pengetahuan akan hak-hak dan kesehatan reproduksi serta kesetaraan dan keadilan gender. Di samping itu, Usia Kawin Pertama (UKP) para perempuan di Provinsi Banten masih rendah, yaitu dengan median 18,7 % (SDKI 2002-2003).

Angka Kematian Bayi di Provinsi Banten pada periode 2003-2007 turun dari 44 kematian per 1000 kelahiran menjadi 34 kematian per 1000 kelahiran. Angka Kematian

Bayi berdasarkan SDKI 1997, 2002 dan 2007 menunjukkan adanya penurunan yang sangat signifikan yaitu dari 62 kematian per 1000 kelahiran pada 2002 menjadi 27 kematian per 1000 kelahiran pada 2007.

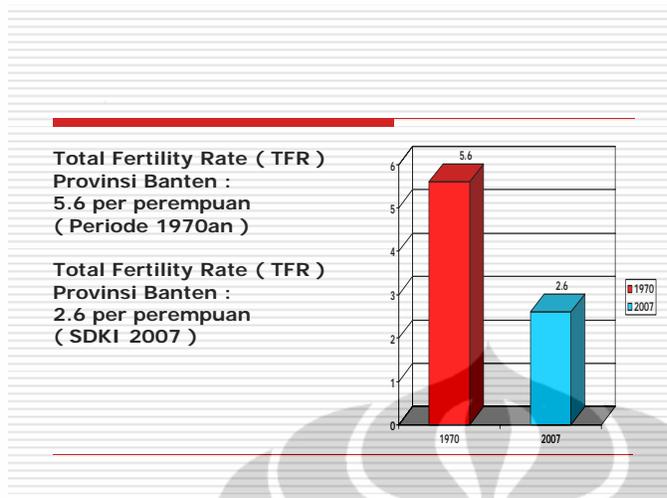
Laju pertumbuhan penduduk (LPP) pada 2007 mengalami penurunan dibanding tahun-tahun sebelumnya. Hal tersebut bisa dibaca dari hasil sensus penduduk antara tahun 1970 – 1980'an dengan laju pertumbuhan penduduk pada tahun 2000 – 2007 dimana LPP pada 1970-1980'an rata-rata mencapai 3,12%, sedangkan pada 2000-2007 hanya mencapai 2,19%.

Tabel 2.4. Laju Pertumbuhan Penduduk Provinsi Banten



Sedangkan untuk *Total Fertility Rate* (TFR) di Provinsi Banten, hasil SDKI 2007 menunjukkan angka TFR pada 2000'an utamanya pada tahun 2007 menunjukkan angka yang konstan yaitu 2,6 per perempuan. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelum tahun 2000, misalnya pada 1970'an yang mencapai 5,6 per perempuan. Angka TFR yang konstan pada 2,6 per perempuan ini menunjukkan bahwa angka TFR Provinsi Banten sejajar dengan angka TFR secara nasional. Meskipun demikian Provinsi Banten harus tetap bekerja keras untuk mencapai angka fertilitas yang diharapkan, salah satunya dengan meningkatkan prevalensi pemakaian kontrasepsi serta peningkatan usia kawin pertama wanita.

Tabel 2.5. Total Fertility Rate (TFR) Provinsi Banten 1970-an dan 2007



Hasil SDKI untuk kondisi *unmet need* atau wanita yang sudah tidak ingin anak lagi atau masih ingin punya anak lagi tapi ditunda yang tidak menggunakan salah satu cara kontrasepsi tahun 2007 di Provinsi Banten sebesar 9.0%. Kondisi tersebut menunjukkan penurunan bila dibandingkan dengan hasil SDKI 2002-2003 yang mencapai 9,7%. Secara nasional, SDKI 2007 untuk *unmet need* sebesar 9,1 % sementara SDKI 2002-2003 menunjukkan 8,6 % sehingga terjadi kenaikan sebesar 0,5 %.

Dengan memperhatikan perkembangan *unmet need* tahun 2003 sampai 2007 dan sasaran RENSTRA Program KB Provinsi Banten tahun 2004-2009 sebesar 8%, maka masih diperlukan upaya-upaya yang mempunyai daya ungkit yang tinggi antara lain melalui peningkatan akses dan kualitas informasi dan pelayanan KB sehingga *unmet need* dapat diturunkan lebih kurang 1%.

Untuk jumlah dan persentase penduduk miskin di Provinsi Banten pada periode 2002-2009 terlihat besaran yang berfluktuasi. Sampai dengan 2006, kemiskinan di Banten tiap tahunnya menunjukkan tren yang bergerak naik. Tahun 2003 jumlah penduduk miskin 855.9800 orang, dan pada tahun 2004 penduduk miskin berkurang menjadi 779.200 orang. Pada 2005 kembali terjadi sedikit kenaikan menjadi 830.500 dan meningkat lagi pada tahun 2006 menjadi 904.300 orang (9,79%).

Pada 2007 jumlah penduduk miskin mengalami penurunan menjadi 886.200 (9.07%) kemudian turun lagi pada tahun 2008 menjadi 816.742 orang (8.15%) dan pada

2009 jumlah penduduk miskin hanya tercatat sebesar 786.067 orang atau 7.64% dari total penduduk (BPS Provinsi Banten). Kualitas SDM Provinsi Banten bila diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) berada di peringkat yang memprihatinkan dengan indeks kemiskinan 25,1 di atas rata-rata nasional 22,7 atau ranking 17 dari 34 provinsi.

Hal itu karena IPM Provinsi Banten pada 2007 berada dalam kategori menengah dengan angka IPM sebesar 69.29, atau peringkat ke 23 dari 34 propinsi. Dengan membandingkan peringkat IPM antar provinsi selama periode 2002 sampai 2007, terlihat bahwa Banten mengalami ketertinggalan dalam pembangunan SDM-nya. Meski secara keseluruhan IPM di Banten pada 2007 mengalami peningkatan, namun masih relatif jauh untuk mencapai kondisi ideal (100) rata-rata nasional dengan angka 71,5.

2.1.6. Perkembangan Program KB di Kabupaten Lebak

Berdasarkan data demografi yang dikeluarkan oleh BPS pada 2007, penduduk Kabupaten Lebak berjumlah 1.202.909 jiwa, dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,72% dan *Total Fertility Rate* (TFR) sebesar 2,6 serta kepadatan penduduk rata-rata 395 jiwa/km². Dari 222.891 keluarga pasangan usia subur (PUS), kesertaan ber-KB sebesar 63,6% dengan partisipasi pria ber-KB sebesar 2,54%. Usia kawin pertama tercatat 19 tahun dan *unmet need* sebesar 22,99% serta jumlah Keluarga Pra Sejahtera dan Sejahtera I sebesar 57,32% dari 297.137 keluarga.

Kabupaten Lebak merupakan kabupaten yang berprestasi terkait dengan pelaksanaan program KB. Kabupaten ini telah memecahkan rekor nasional MURI dalam hal peserta KB implan yang mencapai 5.387 orang melalui Pelaksanaan Bakti TNI KB Terpadu. Meskipun telah mampu memecahkan rekor nasional, pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak masih jauh dari optimal karena beberapa hal seperti kurangnya tenaga dan anggaran. Kurang optimalnya program KB di Kabupaten Lebak patut dijadikan telaah nasional terkait dengan pelaksanaan program KB.

**Tabel 2.6. Akseptor KB Menurut Alat Kontrasepsi yang Digunakan di Kab. Lebak
Tahun 2004-2008:**

No.	Tahun	IUD	MOP	MOW	Susuk	Suntik	Pil	Kondom	Jumlah
1	2004	5.681	2.516	1.630	17.542	66.298	39.521	290	133.478
2	2005	5.542	2.519	1.751	17.835	67.347	39.648	266	134.908
3	2006	5.094	2.582	1.823	13.858	67.897	45.871	298	137.423
4	2007	5.019	2.471	1.918	13.518	74.002	40.159	593	137.680
5	2008	5.530	2.494	2.077	14.815	83.773	48.786	1.322	158.797

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab. Lebak

Jumlah penduduk miskin di Kabupaten Lebak pada 2002 sampai 2007 naik dari 168.70 ribu orang menjadi 181.07 ribu orang, sedangkan pada 2008 jumlah penduduk miskin di Kabupaten Lebak mengalami penurunan menjadi 156.94 ribu orang. Angka ini menunjukkan bahwa Kabupaten Lebak termasuk kabupaten yang memiliki jumlah penduduk miskin yang sangat tinggi di Provinsi Banten menduduki posisi kedua setelah Kabupaten Pandeglang.

Angka harapan hidup di Kabupaten Lebak pada 2007 mencapai 63,11. Ini masih di bawah angka harapan hidup di Provinsi Banten yang mencapai 64,5 dan jauh di bawah angka nasional yang mencapai 70,4 tahun. Walaupun pada beberapa tahun terakhir BPS tidak pernah lagi menghitung estimasi angka kematian bayi, data/fakta lapangan menunjukkan bahwa di tiga kabupaten ini masih banyak proses kelahiran yang dibantu oleh dukun bayi yang berarti semakin besar risiko kematian ibu maupun bayi. Hal ini disebabkan beberapa faktor seperti kurangnya sterilisasi alat-alat yang digunakan dalam persalinan, pengetahuan tentang persalinan yang tidak normal dan sebagainya (BPS Propinsi Banten).

IPM Kabupaten Lebak pada 2007 mencapai 66,74% yang merupakan rata-rata pencapaian indeks kelangsungan hidup/kesehatan (63,52%), indeks pengetahuan (76,51%) dan indeks daya beli (60,18%). Dari tiga komponen penyusun IPM, terlihat bahwa pencapaian tertinggi didapat dari indeks pengetahuan. Indeks daya beli yang

merefleksikan kemampuan ekonomi masyarakat memiliki pencapaian yang paling rendah.

Akan tetapi kecilnya indeks daya beli ini memang secara umum juga terjadi di Provinsi Banten, sehingga program peningkatan ekonomi masyarakat perlu menjadi perhatian bukan saja oleh Pemkab Lebak tetapi juga Pemerintah Provinsi Banten. Dan kalau dilihat dari peringkat IPM kabupaten/kota di Provinsi Banten 2006 dan 2007 Kab. Lebak menempati peringkat paling terakhir yaitu peringkat ke-6 dari 6 kabupaten/kota di Provinsi Banten.

Tabel 2.7. Perkembangan IPM Tahun 2004-2008

Tahun	Indeks Kelangsungan Hidup	Indeks Pengetahuan	Indeks Daya Beli	IPM Kab. Lebak	IPM Prov.Banten
2004	62,33	76,16	59,02	65,84	69,02
2005	62,67	76,51	59,76	66,31	68,80
2006	63,33	76,51	60,12	66,65	69,11
2007	63,52	76,51	60,18	66,74	69,27
2008	63,92	76,63	60,57	67,04	-

Sumber : Buku Analisis IPM Kabupaten Lebak, 2007

2.2. Teori Kebijakan Publik

2.2.1. Beberapa Pertimbangan dalam Mempelajari Kebijakan Publik

Dye dan Anderson dalam Agustino (2008) menyatakan ada tiga alasan yang melatarbelakangi pentingnya mempelajari kebijakan publik, yaitu:

1. *Scientific Reason* (Alasan Ilmiah)

Kebijakan publik dipelajari dengan tujuan untuk menambah pengetahuan yang lebih mendalam. Untuk tujuan ilmiah, kebijakan publik dapat dipandang sebagai variabel dependen dan variabel independen. Kebijakan publik akan menjadi faktor dependen jika kebijakan tersebut ditujukan kepada faktor politik dan lingkungan yang mempengaruhi/menentukan isi kebijakan. Sebaliknya,

kebijakan tersebut dapat menjadi variable independen jika ditujukan kepada dampak kebijakan terhadap sistem politik dan lingkungan.

2. *Professional Reasons* (Alasan Profesional)

Studi kebijakan digunakan sebagai dasar untuk menerapkan pengetahuan ilmiah dalam rangka memecahkan atau menyelesaikan masalah sehari-hari. Oleh karena itu, orang yang menggunakan alasan ini harus mengerjakan sesuatu yang berguna tentang bagaimana individu, kelompok, atau pemerintah dapat bertindak untuk mencapai atau menyelesaikan tujuan suatu kebijakan.

3. *Political Reasons* (Alasan Politik)

Kebijakan publik dipelajari agar setiap perundangan atau regulasi yang dihasilkan dapat tepat guna dalam mencapai tujuan yang sesuai target. Pertimbangan ini pula yang mengarahkan pada upaya untuk memastikan bahwa pemerintah menggunakan kebijakan yang cocok untuk mencapai tujuan yang benar. Dalam hubungan dengan pertimbangan politis, munculah istilah advokasi kebijakan yang berhubungan dengan apa yang harus dikerjakan pemerintah, dengan kemajuan kebijakan bidang tertentu, melalui diskusi, pendekatan dan aktivitas politik.

2.2.2. Konsep dan Lingkup Kebijakan Publik

Menurut Barkel (1996) kebijakan merupakan serangkaian kegiatan, pernyataan, regulasi, bahkan hukum yang merupakan hasil dari keputusan-keputusan tentang bagaimana melakukan sesuatu.

Sementara Walt (1994) membagi kebijakan menjadi kebijakan publik dan kebijakan privat. Kebijakan privat merupakan kebijakan yang dibuat oleh organisasi swasta yang ditujukan untuk meningkatkan kinerja organisasinya baik di dalam maupun luar negeri.

Kebijakan publik menurut Thomas Dye dalam Subarsono dan Ekowati (2009) adalah apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan (*public policy is whatever governments choose to do or not to do*). Definisi ini mengandung makna bahwa (1) kebijakan publik tersebut dibuat oleh badan pemerintah, bukan organisasi

swasta (2) kebijakan publik menyangkut pilihan yang harus dilakukan atau tidak dilakukan badan pemerintah.

Hal ini sejalan dengan pemikiran James E. Anderson dalam Subarsono (2005) yang mendefinisikan kebijakan publik sebagai kebijakan yang ditetapkan oleh badan-badan dan aparat pemerintah.

Pengertian kebijakan dalam beberapa literatur di atas sangat beragam. Namun dapat dirumuskan bahwa kebijakan publik (*public policy*) adalah serangkaian tindakan yang dibuat, ditetapkan dan dilaksanakan oleh pemerintah dengan tujuan tertentu demi kepentingan masyarakat. Kebijakan yang dibuat merupakan sarana untuk mencapai tujuan.

Keputusan dan pembuatan suatu kebijakan publik harus mengakomodasi tuntutan masyarakat. Subarsono (2005) mengatakan kebijakan publik yang tidak mengakomodasi tuntutan masyarakat tidak mempunyai legitimasi dan tidak memenuhi rasa keadilan yang menjadi cita-cita sosial masyarakat.

Ini berarti kebijakan publik tidak boleh bertentangan dengan nilai-nilai dan praktik-praktik sosial yang ada dalam masyarakat. Ketika kebijakan publik berisi nilai-nilai yang bertentangan dengan nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat, maka kebijakan publik tersebut akan mendapat resistensi ketika diimplementasikan. Sebaliknya, menurut Subarsono (2005) suatu kebijakan publik harus mampu mengakomodir nilai-nilai dan praktik-praktik yang hidup dan berkembang dalam masyarakat.

Salah satu bentuk dari kebijakan publik adalah kebijakan program Keluarga Berencana (KB) secara desentralisasi atau otonom yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah. Kebijakan program ini merupakan serangkaian tindakan yang mempengaruhi sekumpulan lembaga, organisasi, perusahaan dan sistem pembiayaan. Menurut Walt (1994) kebijakan ini merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang memberikan dampak pada kepada kesehatan masyarakat.

Kebijakan pemerintah ini, sesuai dengan beberapa teori di atas, yaitu mengakomodir kebutuhan masyarakat dan memanfaatkan peluang yang ada, maka seharusnya dapat diimplementasikan. Kebijakan ini merupakan pilihan pemerintah yang tujuannya tidak sekadar berupaya mengendalikan laju pertumbuhan penduduk, tetapi

juga berupaya meningkatkan kualitas penduduk. Semuanya itu harus dimulai dari keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat, namun memiliki posisi strategis sebagai titik sentral pembangunan.

2.2.3. Pendekatan Studi Kebijakan Publik

Dalam studi kebijakan publik, ada beberapa teori pendekatan yang digunakan. Di antara teori tersebut yang paling lazim adalah “teori sistem”. Menurut Anderson dalam Subarsono (2005), teori sistem berpendapat bahwa pembuatan kebijakan publik tidak dapat dilepaskan dari pengaruh lingkungan.

Tuntutan terhadap kebijakan dapat lahir karena pengaruh lingkungan, dan kemudian ditransformasi ke dalam suatu sistem politik. Dalam waktu yang bersamaan ada keterbatasan dari lingkungan yang akan mempengaruhi *policy makers*. Faktor lingkungan tersebut antara lain: karakteristik geografi, seperti sumberdaya alam, iklim, dan topografi; variabel demografi, seperti banyaknya penduduk, distribusi umur penduduk, lokasi spasial; kebudayaan politik; struktur sosial dan sistem ekonomi. Dalam kasus tertentu lingkungan internasional dan kebijakan internasional menjadi penting untuk dipertimbangkan.

Kegunaan teori sistem untuk studi kebijakan publik dibatasi oleh sifatnya yang sangat umum. Lebih-lebih bila suatu kebijakan dikeluarkan tanpa memperhatikan bagaimana keputusan dibuat dan bagaimana kebijakan dikembangkan dalam “kotak hitam” (*black box*) yang disebut sistem politik. Meskipun demikian, teori sistem sangat membantu dalam mengorganisir pembentukan kebijakan.

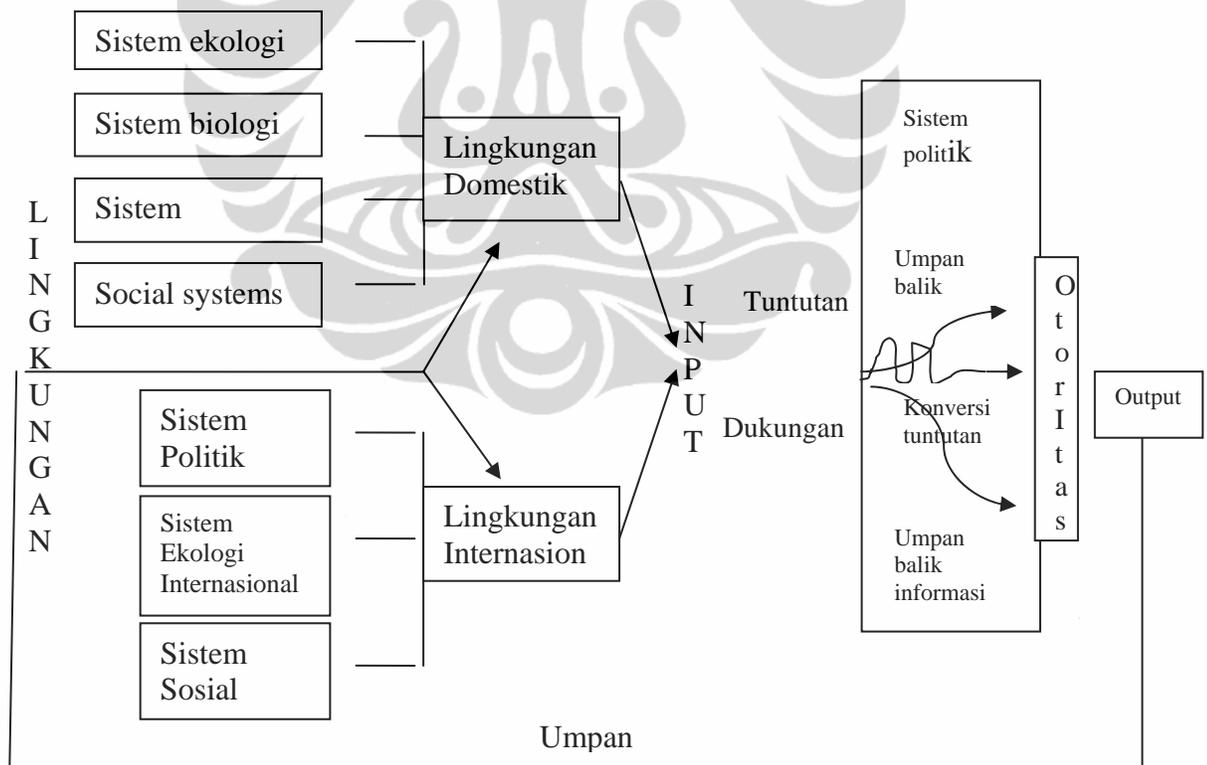
Teori ini memberi tanda bagi kita untuk mengenali beberapa aspek proses politik. Dan yang penting adalah bagaimana *input* lingkungan mempengaruhi isi kebijakan publik dan sifat sistem politik, bagaimana suatu kebijakan publik bisa mempengaruhi lingkungan dan permintaan kegiatan selanjutnya, kekuatan dan faktor lingkungan apa yang bertindak dalam menimbulkan permintaan pada sistem politik, dan bagaimana sistem politik dapat mengubah permintaan dalam kebijakan publik dalam mempertahankan dirinya sepanjang waktu.

Dalam teori, sistem kebijakan publik dapat dipandang sebagai reaksi atas sistem politik untuk kebutuhan yang timbul dari lingkungan sekitarnya. Sistem politik, seperti

yang didefinisikan oleh David Easton dalam Agustino (2008) terdiri dari kegiatan dan lembaga yang dapat diidentifikasi dan saling berhubungan dalam masyarakat yang dapat membuat keputusan berdasarkan wewenang (atau penempatan nilai) yang mengikat di masyarakat. Kebijakan publik dapat dilihat sebagai suatu sistem yang terdiri dari input, konversi dan output.

Dalam konteks ini ada dua variabel makro yang mempengaruhi kebijakan publik, yakni lingkungan domestik dan lingkungan internasional. Kedua variable ini dapat memberikan input yang berupa dukungan dan tuntutan terhadap sistem politik. Para aktor dalam sistem politik akan memproses atau mengkonversi input tersebut menjadi output yang berwujud kebijakan/peraturan. Kebijakan/peraturan tersebut akan diterima oleh masyarakat, dan selanjutnya masyarakat akan memberikan umpan balik dalam bentuk input baru kepada sistem politik tersebut.

Gambar 2.1. Teori Sistem Kebijakan Publik



Sumber: David Easton (1972) dan Anderson (1979) dalam Subarsono (2005)

Sedangkan menurut Barkel (1996), teori sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai suatu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan suatu yang ditetapkan. Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Komponen sistem meliputi; i) *Input* atau masukan; ii) *Process* atau proses; iii) *Output* atau keluaran; iv). *Feedback* atau umpan balik; v) *Impact* atau dampak; dan vi) *Environment* atau lingkungan.

Adapun teori pendekatan yang digunakan dalam studi kebijakan yang lain adalah “teori kelompok” dimana menurut Nawawi (2009) pendekatan kebijakan publik teori ini didasarkan pada hasil perjuangan kelompok-kelompok. Kebijakan publik akan mencerminkan kepentingan kelompok dominan serta sebaliknya kelompok non-dominan. Kebijakan publik juga akan berubah apabila terjadi perubahan dominasi kelompok.

Ada juga “teori elite” dimana dalam teori ini kebijakan publik dianggap sebagai nilai dan pilihan para elit pemerintahan semata. Nawawi (2009) mengatakan kebijakan publik tidak ditentukan oleh massa melalui permintaan dan tindakan mereka, akan tetapi diputuskan oleh suatu elite yang mengatur dan dipengaruhi instansi pejabat publik. Di bagian lain, Nawawi (2009) mengatakan ada pula yang menggunakan “teori kelembagaan” dimana dalam teori ini kebijakan publik berdasarkan kewenangannya ditentukan dan dilaksanakan oleh lembaga pemerintah.

Sementara itu, menurut Agustino (2005), pendekatan pada teori kelembagaan menitikberatkan pada penjelasan lembaga pemerintah dengan aspek yang lebih formal dan legal yang meliputi organisasi formal, kekuasaan legal, aturan prosedural, dan fungsi atau aktivitasnya, hubungan formal dengan lembaga lainnya juga menjadi titik berat pendekatan kelembagaan.

“Teori proses fungsional” berangkat dari observasi atas bermacam-macam aktifitas proses fungsional yang terjadi dalam proses kebijakan. Harold Lasswell dalam Nawawi (2009) menyatakan terdapat 7 analisis fungsional dalam teori ini, yaitu; i) *intelegensi*; ii) *rekomendasi*; iii) *perskripsi*; iv) *invokasi*; v) *aplikasi*; vi) penghargaan; dan vii) penghentian.

2.2.4. Proses Pembuatan Kebijakan

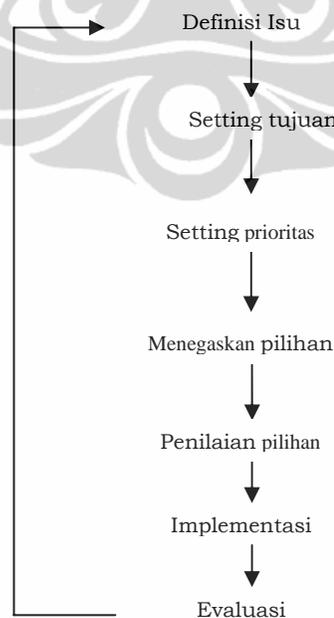
Proses pembuatan kebijakan merupakan alur yang kompleks mulai dari identifikasi masalah sampai dengan evaluasi kebijakan. Menurut Dunn (2003), proses pembuatan kebijakan merupakan suatu aktifitas politis yang divisualisasikan sebagai serangkaian tahap yang saling bergantung yang diatur menurut urutan waktu, yaitu:

1. Penyusunan agenda
2. Formulasi kebijakan
3. Adopsi kebijakan
4. Implementasi kebijakan
5. Penilaian kebijakan

Sementara Walt (1994) menyederhanakan rangkaian proses pembuatan kebijakan menjadi empat bagian yaitu: 1) Identifikasi masalah dan pengenalan isu; 2) Formulasi kebijakan; 3) Implementasi kebijakan; dan 4) Evaluasi kebijakan.

Barkel (1996) menggambarkan proses pembuatan kebijakan melalui tahap-tahap yang digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.2. Fase - Fase Dalam Proses Pembuatan Kebijakan



Sumber: Barkel (1996)

2.2.5. Kerangka Kerja Kebijakan

Dalam setiap kebijakan publik ada kerangka kerja yang menjadikan kebijakan tersebut bisa berjalan. Menurut Subarsono (2005), kerangka kebijakan publik ditentukan oleh beberapa variabel sebagai berikut:

- a. Tujuan yang akan dicapai yang mencakup kompleksitas tujuan yang akan dicapai. Semakin kompleks tujuan kebijakan, semakin sulit mencapai kinerja kebijakan. Sebaliknya, apabila tujuan semakin sederhana, maka semakin mudah untuk mencapainya.
- b. Preferensi nilai macam apa yang perlu dipertimbangkan dalam pembuatan kebijakan. Suatu kebijakan yang mengandung berbagai variasi nilai akan jauh lebih sulit untuk dicapai dibandingkan dengan suatu kebijakan yang hanya mengejar satu nilai.
- c. Sumber daya yang mendukung kebijakan. Kinerja suatu kebijakan akan ditentukan oleh sumber daya finansial, material dan infrastruktur lainnya.
- d. Kemampuan aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan. Kualitas dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh kualitas para aktor yang terlibat dalam proses penetapan kebijakan. Kualitas tersebut akan ditentukan dari tingkat pendidikan, kompetensi dalam bidangnya, pengalaman kerja, dan integritas moralnya.
- e. Lingkungan yang mencakup lingkungan sosial, ekonomi, politik dan sebagainya. Kinerja dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh konteks sosial, ekonomi, dan politik tempat kebijakan tersebut diimplementasikan.
- f. Strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan. Strategi yang digunakan untuk mengimplementasikan suatu kebijakan akan mempengaruhi kinerja dari suatu kebijakan. Strategi yang digunakan dapat bersifat *top-down approach* atau *bottom-up approach*, otoriter atau demokratis.

2.2.6. Analisis Kebijakan

Dunn (2003) menyatakan analisis kebijakan diambil dari berbagai macam disiplin dan profesi yang tujuannya bersifat deskriptif, valuatif dan perskriptif. Analisis

kebijakan diharapkan dapat menghasilkan informasi dan argumen-argumen yang masuk akal mengenai 3 macam pertanyaan, yaitu:

- a. Apakah nilai (*value*) paradigma yang menjadi tolok ukur kinerja berhasil mendasari upaya pemecahan masalah?
- b. Fakta atau realitas lapangan, berupa apa saja yang menghambat secara destruktif, ataupun yang mendukung secara konstruktif, dalam rangka upaya pencapaian nilai-nilai?
- c. Tindakan (*action*) berbentuk apa yang dipandang berhasil dalam pencapaian nilai?

Tujuan yang bersifat deskriptif sekadar mendapatkan gambaran keadaan (deskripsi) apa yang dijadikan sasaran analisis. Tujuan evaluatif adalah tujuan yang sifat dan tujuan penilaiannya lebih menonjol dalam analisis tersebut. Sedangkan pada tujuan perskriptif, tidak sekadar mendapatkan gambaran mengenai kondisi yang ada tetapi lebih jauh dari itu memberikan pendapat (opini), tinjauan kritis, dan solusi untuk menerobos hambatan dan merekomendasikan jalan keluarnya (*problem solving*).

Menurut Dunn (2003) proses analisis kebijakan adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang pada dasarnya bersifat politis. Aktivitas politik tersebut dijelaskan sebagai proses pembuatan kebijakan dan divisualisasikan sebagai serangkaian tahap yang saling bergantung yang diatur menurut urutan waktu, penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan dan penilaian kebijakan.

Aktivitas yang termasuk dalam aplikasi prosedur analisis kebijakan adalah tepat untuk tahap-tahap tertentu dari proses pembuatan kebijakan, seperti ditunjukkan dalam segi empat (tahap-tahap pembuatan kebijakan) dan *oval* (prosedur analisis kebijakan).

Adapun prosedur analisis kebijakan meliputi:

- a. Perumusan masalah
Memberikan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah.
- b. Peramalan

Memberikan informasi mengenai konsekuensi di masa mendatang dari ditetapkannya alternatif kebijakan, termasuk apabila tidak membuat kebijakan.

c. Rekomendasi

Memberikan informasi mengenai manfaat bersih dari setiap alternatif, dan merekomendasikan alternatif kebijakan yang memberikan manfaat bersih paling tinggi.

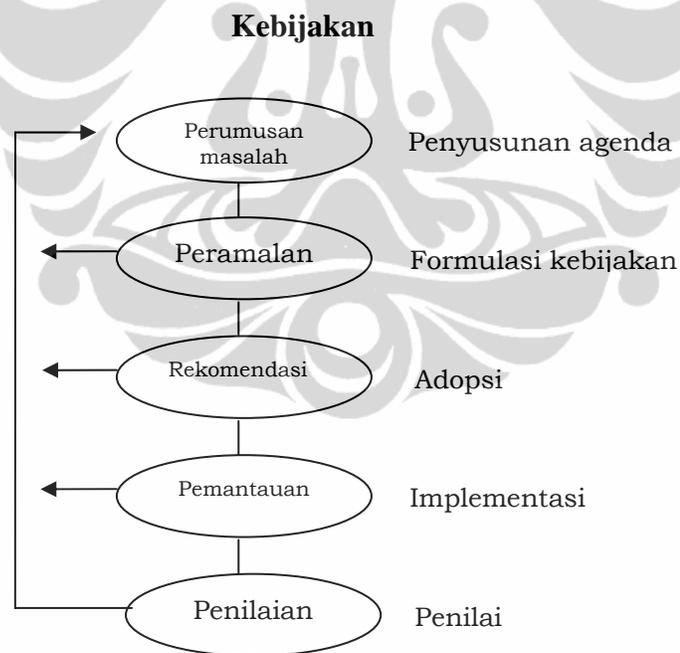
d. Pemantauan

Memberikan informasi mengenai konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternatif kebijakan termasuk kendala-kendalanya.

e. Evaluasi

Memberikan informasi mengenai kinerja atau hasil dari suatu kebijakan.

Gambar 2.3. Prosedur Analisis Kebijakan Dengan Tipe-tipe Pembuatan



Sumber: (Dunn, 2003)

2.2.7. Analisis Implementasi Kebijakan

De Leon (1999) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai hal-hal lain. Mazmanian dan Sabatier (1983) dalam Agustino (2008) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai “*pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan-keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya*”.

Dari definisi tersebut setidaknya ada 3 hal yang berhubungan dengan implementasi kebijakan, yaitu:

1. Adanya tujuan atau sasaran kebijakan
2. Adanya aktifitas atau kegiatan pencapaian tujuan
3. Adanya hasil kegiatan

Di sisi lain, Winter dalam Nugroho (2008) mengidentifikasi 4 variabel kunci yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yaitu: proses formasi kebijakan, perilaku organisasi pelaku implementasi, perilaku birokrat pelaksana di tingkat bawah dan respon kelompok target kebijakan dan perubahan masyarakat.

Implementasi kebijakan merupakan bagian yang sangat penting karena dalam pelaksanaan kebijakan akan muncul konflik-konflik (permasalahan) sebagai akibat penerapan suatu kebijakan. Tanpa adanya implementasi, suatu kebijakan tidak akan dapat memberikan manfaat apapun. Dan tentunya kemampuan dan daya implementasi antara satu negara dengan negara yang lain tidak akan sama.

Kebijakan yang telah direkomendasikan untuk dipilih oleh *policy maker* bukanlah jaminan bahwa kebijakan tersebut pasti berhasil dalam implementasinya. Ada banyak variabel yang mempengaruhinya yang bersifat individual maupun kelompok atau institusi. Menurut Subarsono (2005) Implementasi kebijakan melibatkan upaya-upaya dari pembuat kebijakan untuk mempengaruhi aparat pelaksana agar bersedia memberikan pelayanan dan mengatur perilaku dari kelompok sasaran.

Van Meter dan Van Horn (1975) dalam Nawawi (2009) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai tindakan yang dilakukan baik oleh individu atau

pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan untuk tercapainya tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan.

Menurut Mazmanian dan Paul Sabatier (1983) dalam Nawawi (2009) implementasi kebijakan adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan Badan Penelitian.

Keberhasilan implementasi kebijakan akan ditentukan oleh banyak variabel atau faktor, dan masing-masing variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain. Sedangkan dalam pandangan George C. Edwards III (1980) dalam Nawawi (2009) ada empat variabel penting yang mempengaruhi implementasi kebijakan, yaitu:

a. Komunikasi

Bahwa suatu kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan kelompok sasaran (*target groups*). Karena menurut Abdullah (1988) dalam Jeddawi (2009) komunikasi yang jelek akan menghambat implementasi kebijakan.

Ada tiga hal yang diperlukan untuk mengukur keberhasilan variabel komunikasi, yaitu:

- i. Penyaluran (*transmisi*) yang baik akan menghasilkan implementasi yang baik pula
- ii. Kejelasan yang diterima oleh pelaksana kebijakan
- iii. Konsistensi yang diberikan dalam pelaksanaan kebijakan

b. Sumber daya

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, yakni kecukupan baik kualitas maupun kuantitas implementor; sumberdaya finansial dan metoda.

c. Disposisi

Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, dan sifat demokratis. Apabila implementor

memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif. Edward memasukkan insentif dalam variabel disposisi sebagai salah satu cara untuk memotivasi para pelaksana untuk melaksanakan kebijakan.

Aparatur daerah yang melaksanakan urusan-urusan yang menjadi urusan rumah tangganya, dituntut memiliki kualifikasi tertentu yang dapat mendukung pelaksanaan urusan pemerintahan. Sebab pelaksanaan otonomi daerah akan sangat bergantung pada manusia sebagai pelaksananya atau aparatur pemerintahan itu sendiri (*the man behind the gun*).

d. Struktur birokrasi

Ada dua hal penting dalam struktur birokrasi yaitu, mekanisme dan struktur organisasi pelaksana sendiri. Mekanisme implementasi kebijakan biasanya ditetapkan melalui *Standard Operating Procedur* (SOP), sedangkan struktur organisasi sejauh mungkin menghindari hal yang terlalu panjang, kompleks dan berbelit karena cenderung melemahkan pengawasan. Ini pada gilirannya menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

Secara umum, SOP merupakan gambaran langkah-langkah kerja (sistem, mekanisme dan tata kerja internal) yang diperlukan dalam pelaksanaan suatu tugas untuk mencapai tujuan instansi pemerintah. Tujuan SOP adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh satuan unit kerja instansi pemerintahan untuk mewujudkan *good governance*. SOP tidak saja bersifat internal tetapi juga eksternal, karena selain dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi publik, juga dapat digunakan untuk menilai kinerja organisasi publik di mata masyarakat berupa responsivitas, tanggungjawab, dan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah.

Sebagai suatu instrumen manajemen, SOP berlandaskan pada sistem manajemen kualitas (*quality management system*), yakni sekumpulan prosedur terdokumentasi dan praktek-praktek standar untuk manajemen

sistem yang bertujuan menjamin kesesuaian dari suatu proses dan produk (barang dan/atau jasa) terhadap kebutuhan atau persyaratan tertentu.

Merilee S.Grindle (1980) dalam Subarsono (2005) dan Agustino (2008) berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh dua variabel besar, yakni: *pertama*, variabel isi kebijakan (*content of policy*), yang mencakup sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau *target groups* termuat dalam isi kebijakan, jenis manfaat yang diterima oleh kelompok sasaran, sejauhmana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan, apakah letak sebuah program sudah tepat, apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementornya dengan rinci, dan apakah sebuah program didukung oleh sumberdaya yang memadai.

Kedua, variabel lingkungan implementasi (*context of implementation*), yang mencakup seberapa besar kekuasaan, kepentingan dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan, karakteristik institusi dan rezim yang sedang berkuasa, dan tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran.

Adapun menurut Mazmanian dan Paul A.Sabatier (1983) dalam Subarsono (2005) dan Agustino (2008), ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yakni:

- a. Karakteristik dari masalah (*tractability of the problems*), yang meliputi tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan, tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran, proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi, dan cakupan perubahan perilaku yang diharapkan.
- b. Karakteristik kebijakan/undang-undang (*ability of statute to structure implementation*), yang meliputi kejelasan isi kebijakan, seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis, besarnya alokasi sumber daya finansial terhadap kebijakan tersebut, seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana, kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana, tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan, dan seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan

- c. Variabel lingkungan (*nonstatutory variables affecting implementation*), yang meliputi kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi, dukungan publik terhadap sebuah kebijakan, dan sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*).
- d. Tingkat komitmen dan ketrampilan dari aparat dan implementor.

Sedangkan menurut Indiahono (2009) dan Agustino (2008) ada tujuh variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yakni:

- a. Standar dan sasaran kebijakan: harus jelas dan terukur sehingga dapat direalisasikan
- b. Kinerja kebijakan: merupakan penilaian terhadap pencapaian standar dan sasaran kebijakan yang telah ditetapkan
- c. Sumber daya: baik sumber daya manusia maupun non-manusia
- d. Hubungan/ komunikasi antar organisasi: diperlukan koordinasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan suatu program
- e. Karakteristik agen pelaksana: mencakup birokrasi, norma-norma dan pola-pola hubungan yang terjadi dalam birokrasi
- f. Kondisi lingkungan sosial, politik dan ekonomi, yang mencakup sumber daya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan
- g. Disposisi implementor (sikap pelaksana), mencakup tiga hal penting, yaitu: respons implementor terhadap kebijakan yang akan mempengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan, kognisi, dan intensitas disposisi implementor.

Uraian mengenai teori dan variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan sebagaimana di atas diidentifikasi dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 2.8. Identifikasi Variabel Model Implementasi Kebijakan

No	Model	Variabel	Keterangan
1.	Edward III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi 2. Sumber daya 3. Disposisi 4. Struktur birokrasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pihak yang terlibat perlu komunikasi agar tujuan kebijakan menjadi jelas (transmisi, kejelasan, konsistensi). - Implementasi kebijakan memerlukan sumberdaya (manusia, dana dan metode) - Implementor harus punya komitmen dan kejujuran; insentif sebagai salah satu cara untuk memotivasi - Ada SOP dan struktur organisasi yang sederhana
2.	Van Meter Van Horn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ukuran dan tujuan 2. Sumber daya 3. Komunikasi 4. Karakteristik agen birokrasi 5. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik 6. Disposisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tujuan kebijakan harus dipahami mulai dari atas sampai ke bawah dan harus ada ukurannya - Implementasi kebijakan membutuhkan dukungan SDM dan dana - Perlu dukungan dan koordinasi dengan banyak pihak - Mencakup struktur birokrasi, norma-norma dan pola hubungan dalam suatu organisasi - Kondisi perekonomian masyarakat, sosial dan politik yang terjadi - Pemahaman, komitmen, intensitas preferensi nilai yang dimiliki implementor
3	Grindle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Isi kebijakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran termuat dalam isi kebijakan 2. Jenis manfaat yang diterima oleh kelompok sasaran 3. Sejauh mana perubahan yang diinginkan

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Apakah letak sebuah program sudah tepat 5. Menyebutkan implementornya dengan rinci 6. Sumber daya
		2. Konteks implementasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seberapa besar kekuasaan, kepentingan dan strategi para aktor yang terlibat 2. Karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa 3. Tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran
4	Mazmanian & Sabatier	1. Karakteristik dari masalah	<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan - Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran - Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi - Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan
		2. Karakteristik dari kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> - Kejelasan isi kebijakan - Dukungan teoritis terhadap kebijakan - Besarnya alokasi sumberdaya finansial - Seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana - Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana - Tingkat komitmen aparat - Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan

		3. Kondisi lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi - Dukungan publik terhadap sebuah kebijakan - Sikap dari kelompok pemilih - Komitmen dan ketrampilan dari aparat dan implementor.
--	--	-----------------------	---

2.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Program KB di Era Otonomi Daerah

Keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh banyak variabel atau faktor, dan masing-masing variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain. Sedangkan dalam pandangan George C. Edwards III (1980) dalam Nawawi (2009) dan Agustino (2008) ada empat variabel penting yang mempengaruhi implementasi kebijakan, yaitu variabel komunikasi, variabel sumber daya, variabel disposisi, dan variabel struktur birokrasi.

Menurut Rodinelli (1983) dalam Nurcholis (2007), bahwa keberhasilan atau kegagalan kebijakan desentralisasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu (1) derajat komitmen politik dan dukungan administrasi yang diberikan terutama oleh pemerintah pusat dan elit serta masyarakat daerah itu sendiri; (2) sikap, perilaku, dan budaya masyarakat terhadap kebijakan desentralisasi; (3) dukungan organisasi pemerintahan yang mampu menjalankan kebijakan desentralisasi secara efektif dan efisien, serta (4) tersedianya sumber daya yang memadai: manusia, keuangan, dan infrastruktur.

2.3.1. Struktur Birokrasi

Menurut Syukur Abdullah (1988), jeleknya sebuah struktur birokrasi bisa menjadi penghambat implementasi suatu kebijakan. Dan buruknya struktur birokrasi sangat mungkin berimbas pada layanan administratif. Menurut studi yang dilakukan Interplan (1969) tentang pelaksanaan program pembangunan di dunia ketiga yang umumnya mengalami kegagalan pada sekitar tahun 1950-1960, gagalnya pelaksanaan program

pembangunan di negara-negara dunia ketiga atau negara berkembang disebabkan oleh lemahnya kemampuan administratif dari lembaga yang melaksanakan program.

Begitupula menurut Bryant and White (1987) dalam Jeddawi (2009) bahwa kebanyakan departemen sangat sentralisasi dan tidak memiliki struktur yang serius untuk menjangkau wilayah-wilayah yang jauh, kendati mempunyai komitmen.

Menurut Rodinelli (1983), keberhasilan atau kegagalan kebijakan desentralisasi dipengaruhi derajat komitmen politik dan dukungan administrasi yang diberikan terutama oleh pemerintah pusat dan elite serta masyarakat daerah itu sendiri.

Wujud komitmen ini ditunjukkan dalam bentuk berbagai tindakan yang didukung oleh *legal frame work* yang jelas sehingga pelaksanaan desentralisasi dapat dilakukan dengan baik. Kesiapan elite dan masyarakat daerah menjadi faktor yang sangat menentukan pelaksanaan desentralisasi. Nurcholis (2007) menyatakan elite dan masyarakat lokal yang tidak siap dan hanya mampu menunggu perintah dan petunjuk dari pusat tidak akan mampu menyelenggarakan pemerintahan daerah dengan baik.

2.3.1.1. Struktur Organisasi

Struktur organisasi adalah susunan pembagian kerja dalam suatu unit-unit kerja yang menggambarkan fungsi aparaturnya dalam implementasi suatu kebijakan.

Menurut (Indiahono, 2009), sumber daya untuk kebijakan dan implementasi program merujuk pada ketersediaan sumber daya yang harus disediakan yaitu organisasi untuk dapat mencapai tujuan program atau kebijakan.

Struktur organisasi memerlukan suatu koordinasi antar bagian di dalamnya agar bisa bekerja dengan baik. Selain itu, perlu ada suatu standar yang mengatur agar koordinasi antar bagian ini dapat berjalan dengan baik dan tidak saling tumpang tindih.

2.3.1.2. Pedoman Tata Laksana (SOP)

Dalam pandangan Edwards III (1980) dalam Nawawi (2009) dan Agustino (2008) mekanisme implementasi kebijakan yang ditetapkan melalui *Standard Operating Procedur* (SOP) merupakan bagian yang penting dalam struktur birokrasi. Secara umum, SOP merupakan gambaran langkah-langkah kerja (sistem, mekanisme dan tata

kerja internal) yang diperlukan dalam pelaksanaan suatu tugas untuk mencapai tujuan instansi pemerintah.

Tujuan SOP adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh satuan unit kerja instansi pemerintahan untuk mewujudkan *good governance*. SOP tidak saja bersifat internal tetapi juga eksternal karena selain dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi publik, SOP juga dapat digunakan untuk menilai kinerja organisasi publik di mata masyarakat berupa responsivitas, responsibilitas, dan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah.

Sebagai suatu instrumen manajemen, SOP berlandaskan pada sistem manajemen kualitas (*quality management system*), yakni sekumpulan prosedur terdokumentasi dan praktek-praktek standar untuk manajemen sistem yang bertujuan menjamin kesesuaian dari suatu proses dan produk (barang dan/atau jasa) terhadap kebutuhan atau persyaratan tertentu.

Adapun menurut Mazmanian dan Paul A. Sabatier (1983) dalam Subarsono (2005) dan Agustino (2008), kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana merupakan variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan.

Sedangkan menurut Van Meter dan Van Horn (1975) dalam Indiahono (2009) dan Agustino (2008) bahwa standar dan sasaran kebijakan, harus jelas dan terukur sehingga dapat direalisasikan, karena merupakan variabel yang ikut mempengaruhi kinerja implementasi.

Edwards III (1980) dalam Winarno (2007) menjelaskan bahwa petunjuk-petunjuk suatu kebijakan, baik secara teknis maupun pelaksanaan (Juklak-Juknis) harus diterima oleh para pelaksana kebijakan dan harus jelas dijabarkan.

Penerimaan dan kejelasan suatu kebijakan menghasilkan implementasi yang dan pelaksanaannya akan sesuai dengan apa yang diharapkan. Juklak-juknis yang tidak jelas akan menimbulkan miskomunikasi dan misinterpretasi dari pihak pelaksana kebijakan di lapangan.

2.3.1.3. Koordinasi Antar Instansi

Cheema (1983), dalam Indiahono (2009), mengatakan kerjasama inter-organisasi untuk implemementasi kebijakan banyak dipengaruhi oleh interaksi dan koordinasi dari banyak jenis dan level yang berbeda dari organisasi pemerintah. Kerjasama yang baik antara unit-unit pemerintah dalam mencapai tujuan kebijakan, tergantung pada:

- 1) Kejelasan dan konsistensi sasaran program, yaitu menunjuk adanya tujuan program yang jelas, dan perintah ditangkap dengan benar oleh agen-agen pelaksana sehingga pelaksanaan aktifitas ditujukan untuk menunjang berkembangnya program.
- 2) Pembagian fungsi secara tepat pada agen-agen pelaksana yang didasarkan pada kapasitas dan sumber daya .
- 3) Standardisasi pelaksanaan perencanaan, penganggaran dan implementasi program, sehingga dapat meminimalisir konflik interpretasi yang membuat program atau kebijakan sulit untuk dikoordinasikan.
- 4) Ketepatan, konsistensi dan kualitas komunikasi antara unit-unit pemerintah yang bertujuan menjadikan unit-unit pemerintah mampu memahami aturan dan tugas untuk melengkapi aktifitas dalam pencapaian tujuan program.
- 5) Efektifitas jaringan yang ditujukan pada unit-unit desentralisasi administrasi untuk memastikan adanya interaksi antar unit organisasi pelaksana, dan aktifitas koordinasi.

Menurut Jeddawi (2008), koordinasi selalu diperlukan dalam organisasi yang besar dan kompleks, serta dalam kehidupan modern. Dengan koordinasi pembangunan yang dilaksanakan dalam berbagai sektor dan oleh berbagai badan di berbagai daerah diupayakan berjalan serasi dan menghasilkan sinergi. Koordinasi merupakan jawaban terhadap kebutuhan desentralisasi.

Dalam perkembangan masyarakat dan upaya pembangunan yang makin kompleks, pengendalian yang serba terpusat sudah tidak mungkin lagi menjamin efisiensi dan efektivitas pelayanan masyarakat dan pembangunan. Namun karena pada dasarnya ada kecenderungan divergensi dalam organisasi yang terpisah, maka diperlukan koordinasi sebagai alternatif terhadap sentralisasi.

2.3.2. Sumber Daya Manusia

Menurut M. Ryaas Rasyid (2009) dalam La Bakry dan M. Ramses Andy (2009), kebijakan penyiapan sumber daya aparatur yang profesional dalam pelaksanaan otonomi daerah adalah sesuatu yang tak terhindarkan, suatu keharusan. Hal ini karena dengan otonomi daerah rakyat mengharapkan hadirnya pemerintahan yang lebih tinggi kualitasnya, lebih mampu mengemban fungsi-fungsi pelayanan publik, adanya pemberdayaan masyarakat, dan pembangunan sosial ekonomi.

Melalui optimalisasi fungsi-fungsi pemerintahan itu, rakyat bisa berharap semakin luasnya rasa keadilan, semakin tingginya tingkat kemandirian dalam mengembangkan diri dan menyelesaikan berbagai masalah, serta semakin membaiknya tingkat kesejahteraan.

Semangat reformasi yang berkembang telah membawa bangsa Indonesia pada satu suasana kehidupan yang sarat dengan harapan-harapan, dan tumpuan dari harapan-harapan itu pada tingkat pertama tertuju pada pemerintah. Mereka mengharapkan lahirnya *good governance*, dan mereka cukup faham bahwa pemerintahan yang baik itu antara lain terwujud melalui kebijakan desentralisasi. Perkembangan demikian ini tentu saja semakin mensyaratkan adanya aparatur pemerintahan yang profesional. Dalam konteks inilah kebijakan penyiapan sumber daya aparatur menjadi hal yang penting.

Pelaksanaan otonomi daerah yang dibarengi dengan pertimbangan keuangan yang lebih memadai kepada daerah merupakan kebijakan pemerintah yang memerlukan penyiapan sumber daya aparatur yang profesional. Pelaksanaan otonomi daerah tidak akan mungkin mencapai hasil yang diharapkan tanpa adanya kesiapan aparatur yang profesional untuk menjalankannya.

Ringkasnya, keberhasilan pelaksanaan otonomi daerah yang luas dan utuh memerlukan berbagai kemampuan dari para pelaksananya. Inisiatif pemerintah daerah untuk mengupayakan tersedianya aparat yang profesional, baik dalam arti kapabilitas maupun dalam arti integritas, moralitas dan etika yang tinggi merupakan keharusan. Kebijakan yang demikian ini setidaknya perlu mencerminkan dua aspek utama, yakni aspek substansial dan aspek prosedural.

Pada aspek substansial, kebijakan penyiapan sumber daya aparatur yang profesional memerlukan definisi yang jelas mengenai kualifikasi profesionalisme yang

ingin dicapai pada berbagai bidang tugas. Untuk itu, pemahaman tentang jenis-jenis kewenangan dan volume tugas yang melekat pada setiap kewenangan menjadi sangat penting.

Dengan dasar itu ditetapkan kualifikasi aparatur yang dibutuhkan untuk mendukung terlaksananya kewenangan dan tugas-tugas itu. Umumnya kualifikasi ini berkenaan dengan aspek keahlian dan aspek perilaku.

Pada aspek prosedural, kebijakan penyiapan sumber daya aparatur yang profesional berkaitan dengan jenis dan sifat pendidikan dan pelatihan yang akan diberikan untuk memenuhi kebutuhan substansial daerah akan tenaga-tenaga spesialis dan tenaga-tenaga generalis. Kelompok pertama merupakan aparat pemerintah daerah yang memiliki keterampilan dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan atau fungsi-fungsi teknis pemerintahan. Adapun kelompok yang kedua merupakan aparat yang lebih banyak berperan di bidang kepemimpinan pemerintahan.

Karena itu, berbagai program pendidikan dan pelatihan harus disiapkan baik oleh pemerintah daerah maupun pemerintah pusat. Dalam konteks ini, Lembaga Administrasi Negara (LAN) bisa memainkan peran yang sangat penting dalam menyiapkan program-program pelatihan di tingkat nasional serta melakukan supervisi bersama kementerian terkait di pusat terhadap program-program pelatihan daerah-daerah.

Khusus untuk bidang rekrutmen pegawai baru dan promosi dalam jenjang-jenjang jabatan yang lebih tinggi, layak dipertimbangkan berlakunya proses seleksi yang ketat, tentu saja dengan menyediakan ruang yang lebih terbuka untuk berkompetisi secara objektif. Dalam konteks ini, saya ingin menghimbau agar LAN dan Badan Kepegawaian Nasional dapat mempertimbangkan gagasan ini dan jika setuju memasukkannya dalam suatu pedoman yang akan menjadi pegangan kita bersama.

Apalagi sampai saat ini, sebagaimana kajian Kementerian Dalam Negeri tahun 2007 tentang Otda, belum nampak adanya transformasi peran masyarakat untuk menjadi kelompok yang mampu membangun dukungan dan tuntutan (*supports and demand*) kepada pihak eksekutif dan legislatif daerah untuk membangun mekanisme *checks and balances* yang sehat.

Apalagi kalau melihat pandangan Bryant and White (1987) dalam Jeddawi (2009) yang menyatakan ketidakmampuan untuk menanggapi kebutuhan-kebutuhan

yang disampaikan oleh rakyat di antaranya disebabkan masih minimnya tenaga terampil yang dapat ditempatkan di daerah-daerah pedesaan dan kebanyakan lembaga-lembaga tingkat lokal sangat lemah dan senantiasa ditelantarkan oleh departemen-departemen yang tersentralisasi dan karena kurangnya staf.

Menurut Cheema (1983) dalam Indiahono (2009), selain kerjasama dan sumber daya organisasi, faktor lain yang dapat menunjang tercapainya tujuan kebijakan publik adalah kemampuan dan karakter agen-agen pelaksana, yang merujuk pada kemampuan unit-unit organisasi pelaksana untuk melakukan tindakan teknis, manajerial, koordinasi, melakukan pengawasan, mengintegrasikan keputusan-keputusan, dan mampu berhubungan dengan baik dengan kelompok sasaran.

Hal-hal di atas adalah faktor yang dapat mempengaruhi tercapainya tujuan pendirian website bersama antar kabupaten di atas.

2.3.3. Ketepatan Alokasi Anggaran

Di samping SDM, yang juga penting adalah sumber dana. The Liang Gie (1968) mengatakan pada prinsipnya setiap daerah otonom harus dapat membiayai sendiri kebutuhannya sehari-hari yang rutin, paling tidak adanya kemampuan menutupi belanja rutinnya dengan pendapatan asli daerahnya. Menurut Tjahya Supriatna (1993) dan Riwo Kaho (1988) dalam Jeddawi (2009), salah satu faktor penting yang mempengaruhi keberhasilan desentralisasi adalah sampai seberapa jauh tersedianya sumber dana yang memadai bagi daerah yang menerima penyerahan tersebut.

Menurut Indiahono (2009), dalam paradigma penganggaran publik, ada dua hal yang sekarang sering dibicarakan. Pertama adalah *performance budgeting system*, yaitu sistem penganggaran yang menyatakan semua anggaran yang dikeluarkan harus dapat dipertanggungjawabkan, sehingga seluruh mata anggaran yang dibuat terukur dengan indikator-indikator yang sangat jelas.

Kedua, adalah *participatory budgeting system*, sistem ini menunjuk adanya keikutsertaan publik dalam proses menentukan mata anggaran, transparansi, dan akuntabilitas yang diukur lewat proses yang demokratis.

Ada beberapa kecenderungan pemerintah daerah di masa reformasi ini. Pertama, mobilisasi sering dilakukan oleh pemerintah untuk memberi legitimasi terhadap penganggaran yang dilakukan.

Tipologi klasik ini semestinya berada dalam situasi politik pemerintah yang menggigit atau pemerintah yang tidak begitu kuat. Dukungan semu menjadi andalan untuk melegalkan sebuah kebijakan, termasuk dalam hal penganggaran publik. Kedua, bahwa publik terkadang dihadapkan pada situasi yang dilematis; di satu sisi situasi pengangguran amat *chaos* dan di sisi lain ketiadaan pilihan bagi publik untuk memilih.

Pilihan-pilihan yang dilempar ke publik bisa jadi berawal dari ketidakmampuan pemerintah untuk mengatur aktifitas publik tersebut. Sebagai contoh, pendidikan bagi rakyat miskin di pedalaman atau suku terasing terkadang menjadi hal yang teramat sulit dilakukan pemerintah.

Pemerintah di sisi yang satu “tidak mampu” memenuhi tuntutan tersebut, di sisi yang lain hal ini mendesak untuk dilakukan. Dengan demikian publik harus lebih proaktif dan bekerja secara mandiri tanpa adanya dukungan dari pemerintah. Kunci dari penganggaran publik adalah kemauan dan komitmen pemerintah untuk peduli kepada warga negara dalam hal mengalokasikan uang negara demi terpenuhinya kepentingan dan kebutuhan publik. Komitmen ini harus benar-benar diaplikasikan, jangan hanya ide dan impian semata. Selain itu, komitmen ini menunjuk tuntutan kepada pemerintah daerah untuk bersikap lebih profesional dalam hal pengelolaan keuangan daerah.

Menurut Nurcholis (2007) dalam penganggaran daerah terdapat tiga analisis yang saling terkait: analisis penerimaan, analisis pengeluaran, dan analisis anggaran. Berdasarkan tiga analisis inilah anggaran daerah disusun berdasarkan: *line item budgeting*, *performance budgeting*, *planning programming budgeting system*, dan *zero budgeting*. Penganggaran berdasarkan kinerja (*performance budgeting*) menjadi pendekatan baru dalam penyusunan APBD. Menurut pendekatan ini *output* dan *outcome* dari suatu program dan kegiatan yang dibiayai harus bisa diukur dampak dan manfaatnya.

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

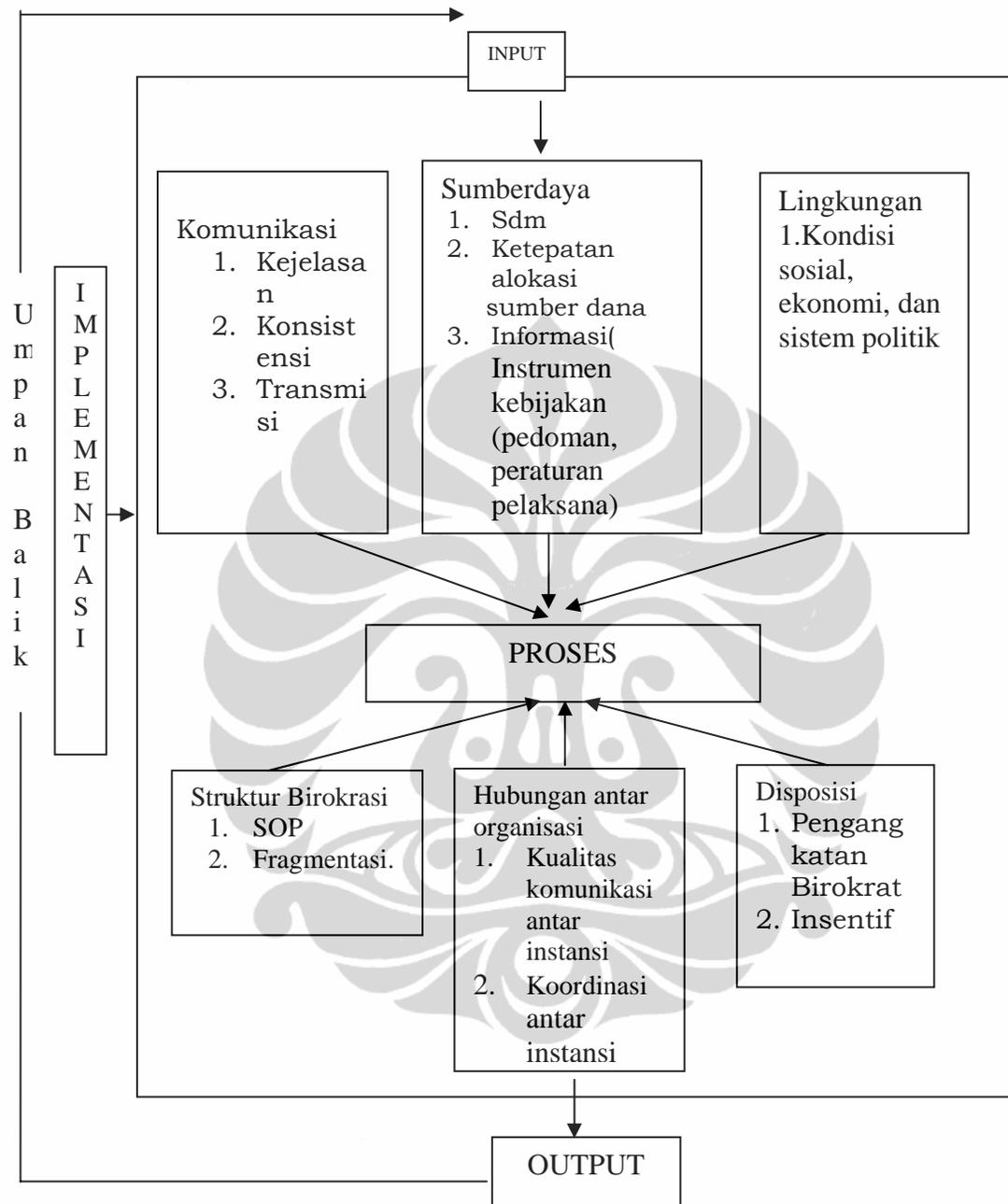
Menurut David Easton (1965) dan Barkel (1996) teori Sistem menyatakan bahwa kebijakan publik dapat dilihat sebagai suatu sistem yang terdiri dari input, konversi (proses), output, umpan balik (*feedback*), dampak (*impact*) dan lingkungan (*environment*) itu sendiri. Sedangkan komponen proses yang menjadi fokus dalam penelitian ini, berdasarkan pandangan teori Edwards III (1980) dalam Winarno (2007) dan Agustino (2008), yaitu:

- a. Komunikasi, yang terdiri dari variabel transmisi, kejelasan, dan konsistensi
- b. Sumber daya, yang terdiri dari variabel staf, informasi, wewenang, dan fasilitas. Untuk lebih mengoptimalkan implementasi kebijakan, Mazmanian dan Sabatier (1983) dalam Agustino (2008) menambahkan satu variable sumber daya lagi, yaitu ketepatan alokasi sumber dana.
- c. Disposisi atau sikap, terdiri dari variabel pengangkatan birokrat dan insentif, dan terakhir;
- d. Struktur birokrasi, yang terdiri dari variabel *Standar Operating Procedures* (SOPs) suatu kebijakan dan pelaksanaan fragmentasi dari kinerja aparatur- aparatur terkait. Keempat variabel ini saling berhubungan satu sama lain.

Menurut Van Meter dan Van Horn (1975) serta Mazmanian dan Sabatier (1983), kondisi lingkungan (sosial, ekonomi dan politik) berpengaruh pada implementasi kebijakan termasuk di dalamnya dukungan publik terhadap kebijakan. Mazmanian dan Sabatier (1983) juga menyoroti masalah hubungan antar organisasi dimana koordinasi antar instansi yang terlibat menjadi hal penting pada implementasi kebijakan.

Kebijakan program KB adalah kebijakan yang kompleks. Oleh karena itu untuk mencapai hasil yang diharapkan diperlukan seluruh faktor sebagaimana disebut di atas.

Gambar 3.1. Kerangka Teori Penelitian



3.2. Kerangka Konsep

Penelitian ini menggunakan kerangka konsep kombinasi model sistem David Easton (1965) dalam Agustino (2008) dan Barkel (1996) dengan model Edward III (1980), sehingga sejalan dengan kerangka teori penelitian yang telah dikemukakan di

atas dan fokus masalah yang diuraikan dalam bab sebelumnya, maka terkait variabel komunikasi, penulis memandang perlu mengeluarkan variabel tersebut.

Selanjutnya untuk elemen sumber daya peneliti memfokuskan pada sumber daya manusia, dan ketepatan alokasi sumber dana. Fokus utama dalam hal struktur birokrasi lebih menitikberatkan pada struktur organisasi dan tata laksana atau *Standard Operation Procedures* (SOP) serta memasukkan variabel koordinasi antar instansi.

Koordinasi antar instansi merupakan suatu upaya yang penting dalam peningkatan tertib administrasi dan manajemen yang dimaksudkan untuk mengoptimalkan fungsi dan peran aparat pengelola dan pelaksana program baik intern maupun ekstern sehingga fungsi dan peran tersebut tertata dengan baik.

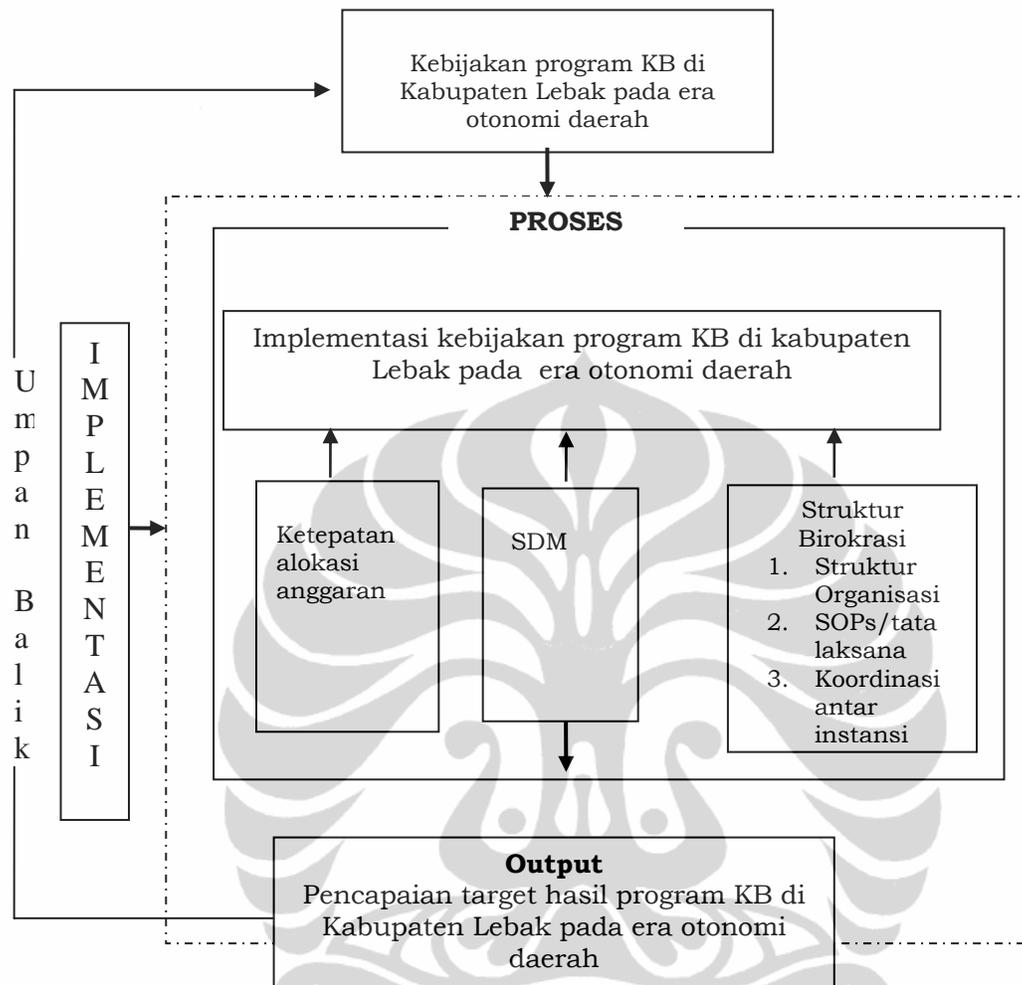
Variabel ketepatan alokasi sumber dana peneliti tambahkan sebagai salah satu varian dari sumber daya yang perlu diteliti. Hal ini karena sejak era otonomi daerah, alokasi sumber dana khusus untuk program KB di daerah-daerah diserahkan sepenuhnya pada kebijakan pemerintah daerah masing-masing. Pemerintah pusat tidak lagi berwenang mengalokasikan sumber dana khusus dari APBN.

Ketepatan alokasi sumber dana merupakan salah satu penyebab dari melemahnya implementasi program KB di era otonomi daerah. Hal ini karena di daerah-daerah setelah era otonomi diberlakukan, sekitar 70 persen pengambil kebijakan menggabungkan program KB dalam suatu badan yang banyak mengemban urusan-urusan lain. Dengan demikian secara otomatis, dana khusus bagi program KB merupakan bagian kecil dari bagian-bagian yang lain. Karenanya ketepatan alokasi sumber dana merupakan hal yang sangat vital bagi pengoptimalan kembali program KB di era otonomi daerah.

Penelitian ini hanya difokuskan pada analisis struktur birokrasi, SDM, ketepatan alokasi anggaran terhadap target pencapaian hasil program KB di Kabupaten Lebak pada era otonomi daerah. Proses yang dimaksud adalah seluruh kegiatan yang dilakukan untuk mencapai hasil pelayanan dalam program KB sesuai dengan target yang diharapkan di Kabupaten Lebak pada era otonomi daerah.

Maka kerangka konsep penelitian yang diusulkan adalah sebagai berikut:

Gambar 3.2. Kerangka Konsep Penelitian



Ket: -----; garis putus-putus menunjukkan hal yang akan diteliti

3.3. Definisi Operasional

1. Struktur organisasi adalah susunan pembagian kerja dalam suatu unit-unit kerja yang tergambar dalam struktur di BP2KBMPD Kabupaten Lebak yang menggambarkan fungsi aparaturnya dalam implementasi kebijakan program KB.

Cara ukur: Wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat ukur: Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan: BP2KBMPD Kabupaten Lebak, Dinkes Kabupaten Lebak, Pemkab Lebak, DPRD Tk. II Kabupaten Lebak, kader posyandu, BKKBN Pusat, IDI, LSM, dan Toga/Toma.

2. SOPs/POS atau tata laksana adalah suatu pedoman atau petunjuk pola tata kerja dalam pelaksanaan kegiatan program KB di BP2KBMPD.

Cara ukur: Wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat ukur: Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan: BP2KBMPD Kabupaten Lebak, Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Pemkab Lebak, DPRD Tk.II Kabupaten Lebak, kader posyandu, BKKBN Pusat, IDI, LSM, dan Toga/Toma.

- 3 Koordinasi antar instansi adalah hubungan kerjasama atau koordinasi antar instansi pelaksana program KB dalam implementasi kebijakan program KB di kabupaten Lebak .

Cara ukur: Wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat ukur: Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan: BP2KBMPD Kabupaten Lebak, Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Pemkab Lebak, DPRD Tk. II Kabupaten Lebak, kader posyandu, BKKBN Pusat, IDI, LSM, dan Toga/Toma.

2. SDM adalah ketersediaan dalam jumlah dan kompetensi petugas lapangan KB (PLKB) di BP2KBMPD Kabupaten Lebak yang terlibat dalam implementasi kebijakan program KB di kabupaten Lebak.

Cara ukur: Wawancara mendalam

Alat ukur: Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam

Informan: BP2KBMPD Kabupaten Lebak, Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Pemkab Lebak, DPRD Tk. II Kabupaten Lebak, kader posyandu, BKKBN Pusat, IDI, LSM, dan Toga/Toma.

- 4 Ketepatan alokasi sumber dana adalah kesesuaian dan ketepatan pembiayaan yang dianggarkan pemerintah pusat maupun daerah dalam implementasi kebijakan KB.

Cara ukur: Wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat ukur: Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan: BP2KBMPD Kabupaten Lebak, Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Pemkab Lebak, DPRD Tk. II Kabupaten Lebak, kader posyandu, BKKBN Pusat, IDI, LSM, dan Toga/Toma.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Desain

Desain penelitian adalah rencana tentang bagaimana suatu kebijakan diimplementasikan. Menurut Sulistyastuti (2007) desain penelitian berfungsi memberikan panduan kepada peneliti tentang bagaimana suatu penelitian akan dilakukan untuk dapat menjawab pertanyaan penelitian.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan informasi dan data yang lebih valid dan lebih mendalam tentang kebijakan program KB di Kabupaten Lebak. Kebijakan implementasi ini dibatasi kepada kebijakan program KB pada era otonomi daerah pasca dikeluarkannya PP No. 38 dan PP No. 41 tahun 2007.

4.2. Lokasi dan Waktu

Penelitian dilakukan di Kabupaten Lebak, dengan rentang waktu dari April sampai Mei 2010. Penelitian dilakukan di beberapa institusi pemerintah, lembaga legislatif, toma/toga, organisasi profesi, LSM (lembaga swadaya masyarakat), dan dari akseptor KB.

4.3. Informan

Informan pada wawancara mendalam ditetapkan untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan memadai. Informan primer penelitian ini adalah instansi BP2KBMPD Kabupaten Lebak, Banten.

Informasi sekunder sebagai penunjang validitas data diperoleh dari sumber-sumber lain yang berkaitan dan mempunyai hubungan langsung dengan pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak selama era otonomi dan era sentralistik, di antaranya yaitu:

- a. Kepala Badan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa (BP2KBMPD) Kabupaten Lebak.
- b. Bupati Kabupaten Lebak
- c. DPRD Kabupaten Lebak

- d. Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Sub-Bidang Kesehatan Keluarga
- e. BKD Kabupaten Lebak
- f. Bappeda Kabupaten Lebak
- g. BKKBN Pusat
- h. BKKBN Provinsi Banten
- i. Rumah Sakit
- j. Puskesmas
- k. PKK
- l. Tokoh masyarakat/tokoh agama (toma/toga)
- m. Kader Desa
- n. Akseptor KB, terutama pasangan usia subur (PUS).

4.4. Pengumpulan Data

Prosedur yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

- a. Data primer, yaitu data yang bersifat kualitatif diperoleh dari hasil wawancara mendalam responden yang mewakili pihak-pihak yang terkait dalam pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak selama era sentralistik dan era otonomi daerah. Responden tersebut memiliki pengetahuan dan kompetensi pada bidang yang dikaji atau terkena dampak terhadap kebijakan yang akan diimplementasikan atau mempunyai kepentingan dalam hal yang dikaji.
- b. Data sekunder, yaitu dengan teknik dokumentasi. Penulis mengkaji laporan-laporan statistik dan program/kegiatan pelaksanaan KB di Kabupaten Lebak selama era sentralistik dan era otonomi daerah, buku-buku literatur dan peraturan-peraturan yang berkenaan dengan pelaksanaan program KB selama era sentralistik dan era otonomi daerah. Pengumpulan data melalui teknik dokumentasi diperlukan sebagai bahan acuan referensi dan data awal dalam melakukan wawancara. Artinya, dari data yang didapatkan dari dokumen-dokumen yang ada, penulis berupaya untuk melakukan penelusuran lebih jauh tentang fenomena apa yang terjadi dalam data yang ada ini melalui wawancara mendalam. Data yang didapatkan dari dokumen yang relevan dengan tema

penelitian ini juga digunakan sebagai bahan perbandingan dengan informasi yang didapat dari wawancara mendalam.

4.5. Manajemen Data

Data hasil penelitian ini dikompilasi dengan menggunakan bantuan komputer. Seluruh hasil rekaman data diubah menjadi bentuk transkripsi. Selanjutnya Basrowi dan Suwandi (2008) menyarankan dilakukan reduksi data (*data reduction*) yang dilanjutkan dengan penyusunan matriks (*data display*).

Moleong (2005) dan Bungin (2007) dalam Basrowi dan Suwandi (2008) menyatakan untuk menjamin keabsahan data penelitian, maka penelitian ini harus memenuhi standar kredibilitas dengan kriteria sebagai berikut:

a. Standar Kredibilitas

Standar kredibilitas identik dengan validasi internal dalam penelitian kuantitatif. Standar kredibilitas merupakan standar bahwa penelitian ini betul-betul dipercaya sesuai dengan fakta di lapangan. Upaya-upaya yang dilakukan, yaitu:

- i. Melakukan triangulasi, yaitu dengan melakukan triangulasi metode wawancara mendalam, metode telaah dokumen dan metode observasi, triangulasi sumber data dengan membandingkan informasi antar informan, serta triangulasi jenis penggandaan perspektif dan observer dengan melibatkan peneliti lain untuk menafsirkan data bersama.
- ii. Melibatkan teman sejawat PLKB dan dokter yang memahami kebijakan pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak selama era sentralistik dan era otonomi daerah berlangsung untuk berdiskusi, memberi masukan, bahkan kritik sejak awal penelitian sampai tersusunnya hasil penelitian.
- iii. Melakukan analisis atau kajian negatif (jika ada) sebagai pembanding penelitian.
- iv. Melacak kesesuaian dan kelengkapan hasil analisis data.

4.6. Analisis Data

Menurut Bungin (2007) setelah semua data terkumpul dan diolah, maka tahap selanjutnya adalah analisis data. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis isi (*Content Analysis*). Analisis ini dimulai dengan melakukan *coding* terhadap istilah atau penggunaan kata yang relevan dan paling banyak muncul dalam komunikasi, klasifikasi terhadap *coding* yang dilakukan, dan melakukan analisis untuk membuat prediksi.



BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Wilayah Kabupaten Lebak

5.1.1. Keadaan Geografi

Kabupaten Lebak memiliki luas wilayah 3.044,72 km². Jumlah desa/kelurahan di Kabupaten Lebak hasil pemekaran sampai 2006 sebanyak 315 desa dan 5 kelurahan yang tersebar di 28 kecamatan dengan 148 desa di antaranya termasuk desa tertinggal. Seiring meningkatnya jumlah penduduk, volume kegiatan pemerintah, pembangunan dan pemberdayaan masyarakat desa, maka dikeluarkan Perda Kabupaten Lebak No. 1 Tahun 2008 tentang pemekaran 25 desa di Kabupaten Lebak. Pada akhirnya terdapat 340 desa dan 5 kelurahan yang tersebar di 28 kecamatan, yang operasionalnya direncanakan dimulai pada 2010. Visi dari Kabupaten Lebak adalah menjadi daerah kondusif untuk berinvestasi yang berorientasi pada pembangunan desa.

5.1.2. Jumlah Penduduk

Jumlah penduduk Kabupaten Lebak dalam kurun waktu lima tahun terakhir mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Hal ini terbukti dengan kenaikan jumlah penduduk dari 1.156.433 jiwa pada 2004 menjadi 1.258.893 pada 2009.

Tabel 5.1. Jumlah Penduduk Kabupaten Lebak Tahun 2004-2008

Tahun	Jumlah
2004	1.156.433
2005	1.176.350
2006	1.202.909
2007	1.219.033
2008	1.233.905
2009	1.258.893

Sumber : Lebak Dalam Angka Tahun 2005-2008

Meskipun jumlah penduduk Kabupaten Lebak tiap tahunnya selalu mengalami kenaikan, khususnya dalam kurun waktu enam tahun terakhir, namun laju pertumbuhannya justru berfluktuasi. Pada 2004 misalnya, laju pertumbuhan penduduk

Kabupaten Lebak mencapai angka 2,38% sementara tahun berikutnya turun ke angka 1,69% untuk kemudian naik lagi menjadi 2,21% pada tahun 2006.

Fakta menarik terjadi pada 2007 dimana laju pertumbuhan penduduk tingkat kabupaten berada pada angka 1,32% dan kemudian naik lagi menjadi 1,74 % pada tahun 2008, dan pada 2009 mengalami kenaikan kembali yaitu mencapai 1,98%. Angka ini lebih tinggi dari angka laju pertumbuhan penduduk nasional yang sebesar 1.3%. Pertambahan penduduk secara langsung akan mempengaruhi indikator kependudukan lainnya, seperti jumlah angkatan kerja, penduduk, usia kerja, jumlah pengangguran terbuka dan sebagainya.

Tabel 5.2. Laju Pertumbuhan Penduduk Kabupaten Lebak Tahun 2004-2008

Tahun	LPP
2004	2,38
2005	1,69
2006	2,21
2007	1,72
2008	1,74
2009	1,98

Sumber : Lebak Dalam Angka Tahun 2005-2008

Sejalan dengan kenaikan jumlah penduduk, jumlah keluarga pun mengalami kenaikan yang cukup signifikan. Pada 2004 terdapat 260.034 Kepala Keluarga (KK) lalu naik menjadi 297.137 KK pada tahun 2008 dengan komposisi: Keluarga Pra Sejahtera 80.038 KK dan Keluarga Sejahtera I 90.295 KK. Tahun berikutnya naik menjadi 324.401 KK dengan komposisi: Keluarga Pra Sejahtera 80.028 KK dan Keluarga Sejahtera I 91.162 KK. Data selengkapnya mengenai tahapan Keluarga Sejahtera dapat disimak melalui tabel berikut:

Tabel 5.3. Tahapan Keluarga Sejahtera (KS) Tahun 2004-2009

Tahun	Jumlah KK	Pra Sejahtera	Sejahtera I
2004	260.034	62.786	98.527
2006	278.525	76.205	79.290
2007	285.407	73.750	86.080
2008	297.137	80.038	90.295
2009	324.401	80.028	91.162

Sumber : Lebak Dalam Angka Tahun 2005-2008

Jumlah penduduk memiliki pengaruh penting pada beberapa bidang. Di bidang ekonomi, jumlah penduduk yang tinggi akan berpengaruh pada ketersediaan lapangan kerja dan ketersediaan bahan pangan untuk konsumsi masyarakat. Tingginya jumlah penduduk jika tidak diiringi pertumbuhan ekonomi akan meningkatkan jumlah penduduk miskin.

Pada 2002 jumlah penduduk miskin di Kabupaten Lebak adalah 168,70 ribu orang dan pada 2007, jumlahnya meningkat menjadi 181,07 ribu orang. Tahun berikutnya jumlah penduduk miskin di Kabupaten Lebak mengalami penurunan menjadi 156.94 ribu orang. Bila dilihat berdasarkan persentase rata-rata jumlah penduduk miskin di Provinsi Banten, Kabupaten Lebak termasuk kabupaten yang memiliki jumlah penduduk miskin yang sangat tinggi.

Pada 2007 Kabupaten Lebak menduduki posisi kedua setelah Kabupaten Pandeglang, yaitu 14,43% dari 9,07% penduduk miskin di tingkat Provinsi Banten, dan pada tahun 2008 12,05% dari 8,15% di Provinsi Banten. Berdasarkan data BPS Kabupaten Lebak, persentase penduduk miskin pada tahun 2006 adalah 14.44%, menurun menjadi 14.43% pada tahun berikutnya, dan turun lagi menjadi 12.05% pada 2008.

5.1.3. Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

Indikator lain yang penting diperhatikan berkenaan dengan kependudukan adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Angka IPM Kabupaten Lebak selama kurun 2004-2008 mengalami fluktuasi. Pada 2004, IPM Kabupaten Lebak sebesar 65,84%. Meski termasuk dalam kategori medium, namun masih jauh di bawah rata-rata IPM Provinsi Banten yang sebesar 69.02%. IPM Kabupaten Lebak pada tahun 2005 mencapai 66.31% dan terus meningkat hingga mencapai 66,65% pada tahun 2006, 66,74% pada tahun 2007 dan pada tahun 2008 mencapai 67,04%.

Tentunya peningkatan ini tidak lepas dari kontribusi rata-rata komponen pendukung IPM pada kurun 2004-2008 di antaranya variable indeks kelangsungan hidup (63,15%). IPM merupakan angka indeks komposit dari tiga indikator utama, di antaranya kesehatan. Pergerakan angka IPM yang semakin meningkat dari tahun ke tahun menunjukkan adanya keberhasilan pembangunan sumber daya manusia di

Kabupaten Lebak. Hasil perhitungan menunjukkan status pembangunan manusia Provinsi Banten pada 2007 berada dalam kategori menengah dengan angka IPM sebesar 69.29% dan berada pada peringkat ke-23 dari 34 provinsi yang ada di Indonesia.

Membandingkan peringkat IPM antar provinsi selama periode 2002 sampai 2007 terlihat bahwa Banten mengalami ketertinggalan dalam pembangunan SDM-nya. Kondisi ini bisa dilihat dari penurunan peringkat IPM Provinsi Banten. Pada 2002 Banten berada di peringkat 11 namun lima tahun kemudian merosot ke peringkat ke-23. Jika dilihat dari peringkat IPM kabupaten/kota di Provinsi Banten pada 2006/ 2007, Kabupaten Lebak menempati peringkat paling akhir dari 6 kabupaten/kota di Provinsi Banten (BPS Provinsi Banten).

Dalam evaluasi status dan pencapaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak, upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Lebak, melalui pembangunan yang sudah dan tengah dilaksanakan saat ini, dapat dilihat hasilnya melalui beberapa indikator derajat kesehatan masyarakat. Indikator ini meliputi Angka Kematian Bayi (AKB) per seribu kelahiran hidup, Angka Kematian Ibu (AKI) per seratus ribu kelahiran hidup, serta yang terakumulasi dalam Usia Harapan Hidup (UHH). Indeks Kesehatan Kabupaten Lebak mengalami peningkatan selama periode 2006-2008 dari 62,4% menjadi 63.0%.

5.1.4. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB)

Indikator AKI menunjukkan jumlah ibu yang meninggal per 100.000 kelahiran sementara AKB menunjukkan jumlah bayi yang lahir dalam keadaan meninggal per 1000 kelahiran. Semakin rendah nilai AKI dan AKB berarti semakin baik kondisi kesehatan masyarakat. Indikator UHH menunjukkan rata-rata usia hidup penduduk semakin meningkat. Semakin tinggi angka UHH, semakin baik kehidupan masyarakat di tempat tersebut.

Berdasarkan data perhitungan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, dalam kurun 2004-2008 terjadi penurunan AKB di Kabupaten Lebak. Jika pada 2004, jumlah bayi lahir meninggal sebanyak 368 bayi maka pada tahun 2005 mengalami penurunan menjadi 316 bayi, dan kembali turun pada 2008 menjadi 286 bayi. Namun pada 2009 meningkat kembali menjadi 325 bayi .

Jumlah AKI pada 2004 saat melahirkan sebanyak 40 ibu, sedangkan tahun 2005 mengalami penurunan menjadi 27 ibu. Namun dua tahun kemudian AKI kembali meningkat hingga mencapai 45 orang. Upaya peningkatan dan perbaikan kesehatan ibu dan anak yang gencar dilakukan pada 2008 kembali menurunkan jumlah kematian ibu menjadi 33 orang, namun pada 2009 meningkat kembali menjadi 43 orang. Meskipun jumlah AKI fluktuatif, namun bila diproyeksikan dengan 100.000 kelahiran hidup maka AKI pada kurun 2004-2009 mengalami penurunan.

Adapun kondisi kesehatan masyarakat Kabupaten Lebak pada akhir 2008 adalah sebagai berikut:

- Angka Kematian Bayi : 42,27/1.000 KH
- Angka Kematian Ibu : 246/100.000 KH
- Usia Harapan Hidup : 63,20 tahun

Tabel 5.4. Jumlah Kondisi Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Lebak 2004-2008

No.	Kejadian	Tahun				
		2004	2005	2006	2007	2008
1.	Angka Kematian Bayi (AKB)*	48,9	47,24	45,58	43,92	42,27
2.	Angka Kematian Ibu (AKI)**	317,94	299,96	281,97	264,98	246
3.	Usia harapan hidup (UHH)	62,4	62,2	63	63,11	63,20

Sumber : Dinas Kesehatan Kab. Lebak, 2008

*) per 1.000 kelahiran hidup

***) per 100.000 kelahiran hidup

Dimulai pada angka 48,9/1.000, kelahiran hidup AKB di Kabupaten Lebak terus mengalami perbaikan hingga mencapai 42,27/1.000 kelahiran hidup. Kasus serupa juga terjadi pada AKI mulai dari angka 317,94/100.000 menjadi 246/100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI dan AKB menunjukkan perbaikan kondisi kesehatan masyarakat terutama ibu dan bayi. Hal ini selaras dengan program pembinaan kesehatan yang dilakukan selama kurun 2004-2008 terutama yang terkait dengan peningkatan akses dan mutu kesehatan masyarakat. Namun demikian angka ini masih harus terus diperbaiki.

5.1.5. Angka Harapan Hidup (AHH)

Pada 2005, Angka Harapan Hidup (AHH) di Kabupaten Lebak sebesar 62,20 tahun lalu naik menjadi 63 tahun di tahun berikutnya. Pada 2007 angka ini meningkat menjadi 63,11 tahun dan pada 2008 terus meningkat menjadi 63.20 tahun. Hal ini berarti bahwa terjadi perbaikan akses dan mutu layanan kesehatan yang diperoleh masyarakat. Peningkatan rata-rata AHH harus tetap dipertahankan untuk kemudian ditingkatkan pada tahun berikutnya.

Dari pergerakan indeks terlihat bahwa harapan hidup di Kabupaten Lebak dari tahun 2005-2007 terus mengalami kenaikan yaitu dari 62.7 tahun menjadi 63.5 tahun tahun akan tetapi masih berada di bawah indeks harapan hidup tingkat provinsi yaitu dari 65 tahun menjadi 65.8 tahun. Kabupaten Lebak pada tahun 2007 menempati peringkat yang sama dengan Kabupaten Pandeglang yaitu kedua terendah setelah Kabupaten Serang yang memiliki indeks 63,11 tahun se-provinsi Banten.

Angka harapan hidup di Kabupaten Lebak pada tahun 2007 mencapai 63,11 tahun. Ini masih di bawah angka harapan hidup di Provinsi Banten yang mencapai 64,5 tahun dan jika dibandingkan secara nasional masih sangat jauh yaitu 70,4 tahun.

5.1.6. Layanan Kesehatan

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan manusia, di Kabupaten Lebak telah tersedia berbagai sumber daya kesehatan seperti:

1. 3 (tiga) unit Rumah Sakit, yaitu RSUD Adjidarmo, RSUD Misi, dan RSUD Malingping
2. 36 unit Puskesmas (kondisi baik 26 dan kondisi rusak ringan 10), termasuk 11 Puskesmas DTP (kondisi baik 10 dan kondisi rusak ringan 1).
3. 73 unit Puskesmas Pembantu (Pustu) dengan kondisi baik 16 Pustu, kondisi rusak ringan 11 Pustu, kondisi rusak berat 46 Pustu.
4. 27 unit Puskesmas Keliling (Puskesmasling) termasuk 3 Puskesmasling Lengkap dengan kondisi baik, Puskesmasling Lengkap dan 15 Puskesmasling, kondisi laik jalan (rusak ringan) 9 Puskesmasling.
5. 39 Balai Pengobatan, 7 unit Apotik, 20 Toko Obat Berijin.

6. 508 Tenaga Medis/Paramedis, yang terdiri dari Dokter Umum 41 orang, Dokter Gigi 19 orang, Bidan 199 orang, Perawat Umum 185 orang, Perawat Gigi 10 orang, Tenaga Kesehatan lainnya 38 orang. Ratio antara jumlah penduduk dengan Tenaga Medis/Paramedis adalah 4,51 : 10.000.
7. 203 Mantri Keliling (Manling).

Para kader juga ikut serta dalam memberikan pelayanan kesehatan di posyandu. Saat ini jumlahnya mencapai 8.900 kader yang tersebar di 1780 posyandu.

Tabel 5.5. Jumlah Posyandu dan Kader Tahun 2004-2009

No.	Tahun	Posyandu	Kader	
			Jumlah Kader	Kader Aktif
1.	2004	1.539	6.142	3.450
2.	2005	1.539	6.142	3.450
3.	2006	1.646	8.230	8.230
4.	2007	1.646	8.230	8.230
5.	2008	1.646	8.230	8.230
6.	2009	1.780	8.900	8.900

5.1.7. Realisasi Pendapatan Kabupaten Lebak 2004-2008

Perkembangan target Pendapatan Asli Daerah Kabupaten Lebak selama 2004-2008, rata-rata pertumbuhan per tahunnya mengalami kenaikan sebesar 31,32%. Bila melihat kemampuan keuangan Kabupaten Lebak dari PAD dengan rata-rata kontribusi per tahun terhadap APBD 6,23%, berarti secara kemandirian fiskal Kabupaten Lebak masih dalam kategori rendah, karena pendapatan di luar PAD mencapai 93,77%.

Table 5.6. Perkembangan Target PAD Kabupaten Lebak 2004-2008

No.	Tahun	PAD (Rp.)	Pertumbuhan (%)	APBD (Rp.)	Proporsi (%)
1.	2004	17.188.251.071	31,84	351.340.368.208	4,89
2.	2005	23.917.612.810	28,14	414.845.329.199	5,77
3.	2006	33.479.668.750	28,56	669.904.187.962	5,00
4.	2007	51.461.107.636	34,94	771.371.952.548	6,67
5.	2008	76.942.599.000	33,12	870.702.263.146	8,84
Rata-Rata per tahun			31,32	-	6,23

Sumber : DPPKD kabupaten Lebak, 2004-2008

Table 5.7. Perkembangan Dana Perimbangan Kabupaten Lebak 2004-2008

No	Tahun	Dana Perimbangan (Rp.)	Pertumbuhan (%)	APBD (Rp.)	Proporsi (%)
1.	2004	295.085.595.428	-0,27	351.340.368.208	83,99
2.	2005	354.805.940.428	16,83	414.845.329.199	85,53
3.	2006	546.541.575.000	35,08	669.904.187.962	81,59
4.	2007	588.601.000.000	7,15	771.371.952.548	76,31
5.	2008	661.417.629.000	11,01	870.702.263.146	75,96
Rata-rata per tahun			13,96	-	80,68

Sumber : DPPKD kabupaten Lebak, 2004-2008

Dana perimbangan terdiri atas Dana Bagi Hasil, yang bersumber dari pajak dan sumberdaya alam, serta Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK). Dana Alokasi Umum yang diluncurkan dari pemerintah pusat ke daerah bertujuan untuk menghindari kesenjangan fiskal (*fiscal gap*) antar daerah, dimana DAU ditetapkan berdasarkan kriteria tertentu dengan penekanan pada aspek pemerataan dan keadilan yang selaras dengan penyelenggaraan urusan pemerintahan. Adapun formula dan perhitungan DAU ditetapkan sesuai undang-undang, dengan harapan akan tercapai kemandirian fiskal daerah, yang diindikasikan oleh penurunan alokasi DAU yang signifikan dari tahun ke tahun.

Perkembangan DAU Kabupaten Lebak selama kurun 2004 - 2008 rata-rata pertumbuhan per tahunnya sebesar 13,96%, dan kontribusi terhadap APBD dalam kurun waktu yang sama sebesar 80,68%.

Tabel 5.8. Perkembangan Lain-lain Pendapatan yang Sah Kabupaten Lebak 2004-2008

No	Tahun	Lain-lain Pendapatan yang Sah (Rp.)	Pertumbuhan (%)	APBD (Rp.)	Proporsi (%)
1	2004	16.945.019.000	-7,36	351.340.368.208	4,82
2	2005	12.181.000.000	-39,11	414.845.329.199	2,94
3	2006	6.500.000.000	-87,40	669.904.187.962	0,97
4	2007	36.370.000.000	82,13	771.371.952.548	4,71
5	2008	87.639.304.000	58,50	870.702.263.146	10,07
Rata-rata per tahun			1,35	-	4,70

Sumber : DPPKD Kabupaten Lebak, 2004-2008

Lain-lain pendapatan yang sah bersumber dari bagi hasil pajak dan keuangan provinsi dan bagian pendapatan yang sah secara total selama kurun waktu 2004 sampai dengan 2008 rata-rata pertumbuhan per-tahunnya sebesar 1,35%, sementarra kontribusi terhadap APBD dalam kurun waktu yang sama baru sebesar 4,70%.

5.2. Gambaran BP2KBMPD (Badan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat, dan Pemerintahan Desa) di Kabupaten Lebak

Pembangunan Badan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa (BP2KBMPD) disusun berdasarkan Visi, Misi dan Sasaran Pembangunan Kabupaten Lebak yang diarahkan pada pelayanan publik di Kabupaten Lebak.

Undang-undang Nomor: 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah merupakan refleksi dari semangat reformasi yang pada hakekatnya mengamanatkan dilaksanakan kebijakan desentralisasi yang secara jelas memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk menyelenggarakan manajemen pemerintahan yang efektif dan efisien.

Sebagai tindak lanjut dari proses tersebut dinas BKKBN Lebak berubah nama menjadi Badan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa (BP2KBMPD) berdasarkan Perda No.11 Tahun 2007, dengan bidang tugas pelayanan publik antara lain :

- I. Bidang Pemberdayaan Perempuan
- II. Bidang KB/KR
- III. Bidang KS dan Informasi Keluarga
- IV. Bidang Usaha Ekonomi Desa
- V. Bidang Pembangunan dan Ketahanan Masyarakat Desa
- VI. Bidang Pemerintahan Desa

5.2.1. Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Kebijakan Dan Program

Visi

Visi adalah suatu hal yang esensial dalam organisasi yang mengantarkan imajinasi suatu masa depan yang diinginkan. BP2KBMPD Kabupaten Lebak telah

merumuskan gambaran imajinasi tentang kondisi ideal yang diinginkan pada masa yang akan datang dan merupakan artikulasi dari citra, nilai, arah dan tujuan yang akan memandu masa depan organisasi. Visi tersebut adalah: “TERTIB ADMINISTRASI KEPENDUDUKAN DAN PELAYANAN PRIMA MENUJU PENDUDUK DAN KELUARGA BERKUALITAS TAHUN 2010”

Melalui visi tersebut diharapkan BP2KMPD Kabupaten Lebak lebih eksis, antisipatif dan inovatif dalam menantang masa depan.

Misi

Misi BP2KMPD adalah:

1. Mengembangkan kebijakan dan sistem serta menyelenggarakan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa.
2. Mengembangkan dan memadukan kebijakan dan Sistem Informasi Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa.
3. Menyusun perencanaan Kependudukan dan KB sebagai dasar perencanaan perumusan kebijakan dan pembangunan daerah yang berorientasi pada peningkatan kesejahteraan keluarga dan ketahanan keluarga.
4. Merumuskan kebijakan dan pengembangan Kependudukan dan KB yang serasi, selaras dan seimbang antara jumlah pertumbuhan penduduk, kualitas keluarga dan persebaran dengan daya dukung alam dan daya tampung lingkungan.
5. Mengembangkan pranata hukum, kelembagaan, kepedulian dan saran serta institusi masyarakat dalam Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa.

Tujuan

Untuk mewujudkan tujuan organisasi, sebagaimana yang termuat dalam visi dan misi Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa Kabupaten Lebak, maka tujuan utama BP2KMPD adalah sebagai berikut:

1. Terwujudnya kepedulian dan peran serta masyarakat dalam melaporkan diri atau keluarga guna mendapatkan identitas dokumen penduduk dari setiap perubahan

status dan peristiwa penting yang dialami secara tepat waktu dengan mekanisme prosedur yang benar.

2. Memberikan pelayanan kepada Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa secara memuaskan dengan prinsip kompetensi dalam manajemen akuntabilitas dan transparansi.
3. Mewujudkan penduduk dan keluarga berkualitas tahun 2010 yang memiliki ciri Sehat, Maju, Mandiri, Memiliki anak yang ideal, Harmonis, menguasai Iptek dan Intak.

Sasaran

Untuk mencapai tujuan sebagaimana uraian diatas, maka sasaran yang ingin dicapai dalam rencana strategis Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa adalah:

1. Tercapainya Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat dan Pemerintah Desa.
2. Tercapainya Target Peserta KB Baru dan Aktif.
3. Tercapainya Target P A D K

5.3. Pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak

Pelaksanaan program Keluarga Berencana nasional tahun 2008 dan tahun 2009 difokuskan pada sasaran yang telah ditetapkan melalui RPJMN 2005-2009 serta Rencana Kerja Pemerintah (RKP) tahun 2008 dan tahun 2009. Program Keluarga Berencana Nasional dilaksanakan melalui kegiatan-kegiatan strategis di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota. Adapun pelaksanaan Program Keluarga Berencana tahun 2008 di Kabupaten Lebak adalah sebagai berikut:

1. Pembinaan dan pelayanan Keluarga Berencana
 Dengan memberikan pelayanan untuk komplikasi sebanyak 40 kasus, pelayanan kegagalan sebanyak 15 kasus, dan pelayanan MOW sebanyak 45 kasus. Jumlah anggaran sebesar 75 juta yang berasal dari APBD (DAU).
2. Pengadaan sarana Penunjang Operasional KB Keliling Roda Dua

Pengadaan sarana penunjang KB Keliling roda dua sebanyak 54 buah. Bersumber dari dana alokasi khusus APBN BKKBN pusat, ditambah dengan dana pendamping dari APBD Kabupaten Lebak. Jumlah seluruh anggaran sebesar Rp. 832.648.550.

3. Fasilitasi Forum Pusat Informasi dan Komunikasi KRR/PIK KRR

Yaitu dengan membentuk kelompok PIK KRR sebanyak 20 kelompok, baik di sekolah maupun di luar sekolah dan kegiatan pembinaan POKJA PIK-KRR tingkat Kabupaten dengan jumlah sasaran sebanyak 405 orang dengan jumlah anggaran sebesar 50 juta bersumber dari APBD (DAU).

4. Kegiatan Pengadaan Mobil Unit Penerangan KB (DAK)

Salah satu sarana penunjang kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) massa adalah adanya Mobil Unit Penerangan (MUPEN) KB yang dirancang secara khusus sebagai media KIE massa yang efektif. Pada 2008 BP2KBMPD sebagai SKPD pengelola program KB dan pembangunan Keluarga Sejahtera mendapat bantuan pengadaan Mobil Unit Penerangan KB yang bersumber dari Dana Alokasi Khusus (DAK) BKKBN Pusat, yang ditambah dengan dana pendamping dari APBD Kabupaten Lebak, jumlah seluruh anggaran sebesar Rp. 572.250.100

5. Pengadaan sarana pelayanan Klinik KB

Jumlah anggaran yang disediakan oleh pemerintah pusat berupa anggaran DAK bidang KB tahun 2008 jumlahnya sebesar Rp 198.598.550. Pengadaan sarana pelayanan klinik KB terdiri dari IUDKIP sebanyak 28 set, steriliser uap sebanyak 28 set, *disposable* duk sebanyak 580 dan *needle destroyer* sebanyak 10 buah.

6. Pengadaan alat/obat kontrasepsi bagi keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera-1

Jumlah anggaran untuk penyediaan alat/obat kontrasepsi tahun 2008 sebesar Rp 475 juta yang terdiri dari susuk KB inplan 3 tahunan sebanyak 1.220 set, suntik KB 3 bulanan sebanyak 20 ribu vial, Lydocain sebanyak 10 dus dan trokart sebanyak 100 buah. Alat/obat kontrasepsi ini ditujukan bagi PUS keluarga pra sejahtera dan sejahtera-1 yang jumlahnya sebanyak 77.623 orang, dengan target peserta KB Baru tahun 2008 sebanyak 32.017 akseptor dan pemenuhan target aktif sebanyak 161.510 akseptor. Hasil capaian peserta KB Baru sebanyak 41.953 dan pencapaian peserta KB aktif sebanyak 171.446

7. Operasional kegiatan peningkatan Pos KB desa/kelurahan

Jumlah anggaran sebesar Rp. 192 juta yang bersumber dari APBD Kabupaten Lebak, alokasi anggaran tersebut berupa insentif /honor yang berjumlah Rp 50 ribu per bulan selama 1 tahun untuk 320 orang Pos KB desa/kelurahan.

8. Gerakan KB terpadu

Jumlah anggaran sebesar Rp 150 juta yang bersumber dari APBD Kabupaten Lebak, meliputi kegiatan-kegiatan BINTEK bagi PLKB dan Pos KB desa, TNI manunggal KB- Kes, hari keluarga nasional (Harganas), dan kesatuan gerak PKK.

Adapun pelaksanaan Program Keluarga Berencana tahun 2009 di Kabupaten Lebak adalah sebagai berikut:

1. Pembinaan dan Pelayanan Keluarga Berencana serta fasilitasi HARGANAS

Kegiatan pembinaan Pelayanan KB serta fasilitasi HARGANAS yang dilaksanakan dengan jumlah anggaran tahun 2009 sebesar Rp 50 juta yang bersumber dari APBD Kab.Lebak yang meliputi pemberian anyoman bagi akseptor yang mengalami komplikasi sebesar 15 kasus, anyoman kegagalan akibat penggunaan kontrasepsi sebanyak 6 kasus, pelayanan medis operasi wanita (MOW) dan pelayanan medis operasi Pria (MOP) sebanyak 60 kasus .

2. Fasilitasi Forum Pusat Informasi dan Komunikasi KRR/PIK KRR dan Konselor sebaya

Kegiatan Fasilitasi Forum kesehatan reproduksi remaja yang dilaksanakan pada tahun 2009 dengan jumlah Rp 75 juta yang bersumber dari APBD Kab. Lebak meliputi pembentukan PIK-KRR sebanyak 3 kelompok, pembinaan kelompok PIK-KRR sebanyak 4 kelompok, pertemuan pendidik sebaya KRR sebanyak 3 kali, pertemuan pertemuan konselor sebaya KRR sebanyak 4 kali. Penggunaan anggaran pada kegiatan ini antara lain untuk honorarium narasumber, dan pembelian 1 unit komputer.

3. Pengadaan Mobil Unit Pelayanan KB

Pengadaan 1 unit Mobil Pelayanan KB yang bersumber dari DAK BKKBN Pusat sebesar Rp 430.243.248.000 ditambah pendamping fisik dari APBD sebesar Rp 50.547.000, dan administrasi sebesar Rp 16.172.750. sehingga total anggaran sebesar Rp Rp 496. 964.750.

4. Kegiatan Pengadaan Sarana dan Prasarana pelayanan KB

Kegiatan Pengadaan Sarana dan Prasarana pelayanan KB bersumber dari DAK sebesar Rp741.675.525. Yang bersumber dari DAK sebesar Rp 651.282.000, untuk pendamping fisik sebesar Rp 78.362.375 berupa Obgyn Bed sebanyak 86 unit, Implant Kit sebanyak 45 unit, dan komputer notebook sebanyak 1 unit, dan administrasi sebesar Rp 12.031.160.

5. Pengadaan alat kontrasepsi bagi Keluarga Pra Sejahtera dan Kelurga Sejahtera-1

Alokasi anggaran untuk pengadaan alat kontrasepsi (alkon) bagi Keluarga Pra Sejahtera dan Keluarga Sejahtera-1 serta Penunjang Pelayanan KB TMKK adalah sebesar Rp 1 miliar yang bersumber dari APBD Kab. Lebak (DAU), untuk belanja alat/obat kontrasepsi sebesar Rp 940 juta, dan belanja administrasi sebesar Rp. 31.693.500. Jumlah anggaran yang diserap untuk penyediaan alat/obat kontrasepsi tahun 2009 yang terdiri dari susuk KB implant 3 tahunan sebanyak 4.500 set; Trocar 455 buah; lidocain injeksi 2%, 50 kotak; amoxicillin kaplet 500 mg 410 kotak; dan parasetamol tablet 500 mg dengan jumlah sasaran sebanyak 223.934 PUS yang berasal dari keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera-1.

6. Kegiatan Peningkatan Operasional Pos Desa/Kelurahan

Bentuk kegiatan ini berupa pemberian honorarium bulanan kepada 332 Pos KB Desa/Kelurahan se-Kabupaten Lebak untuk mendukung operasional program KB Nasional di lapangan antara lain dengan pertemuan institusi masyarakat pedesaan, penyuluhan program KB, pembinaan kelompok kegiatan, pembinaan sub Pos KB Desa, kader KB tingkat RT dan Posyandu, pengerahan calon akseptor ke tempat pelayanan KB, fasilitasi terhadap keluhan akseptor KB ke sarana pelayanan KB, membantu PLKB/PKB dalam pengelolaan program KB. yang bersumber dari APBD Kab. Lebak (DAU) sebesar Rp. 200.000.000

7. Gerakan KB Terpadu

Alokasi anggran kegiatan gerakan KB terpadu yang bersumber dari APBD Kab.Lebak (DAU) sebesar Rp. 195.522. bentuk kegiatan gerakan KB terpadu adalah berupa kerjasama pelaksanaan program KB-kesehatan dengan TNI (kodim 0603/Lebak), TP.PKK Kabupaten Lebak, Kepolisian (Polres Lebak), IBI Lebak, Dinas/Badan di Lingkungan Pemda Lebak dan BKKBN Provinsi Banten.

Diperolehnya jumlah peserta KB Baru sebanyak 46.593 akseptor, terbinaanya peserta KB lama sebanyak 161.351. akseptor dan meningkatnya kualitas pelayanan informasi KB, serta terbinaanya 300 kelompok BKB, 149 BKR, 214 BKL dan 267 UPPKS.

8. BinteK Bagi PLKB dan Pos KB Desa/Kelurahan

Alokasi anggaran untuk kegiatan BinteK Bagi PLKB dan Pos KB Desa/Kelurahan yang bersumber dari APBD Kab. Lebak (DAU) sebesar Rp. 75.000.000. bimbingan teknis (BinteK) dilaksanakan di 6 (enam) wilayah Kabupaten Lebak, yang diikuti oleh 83 PLKB/PKB, peran dan fungsi Pos KB Desa, pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan reproduksi.

9. Pengadaan BKB KIT

Salah satu upaya dalam pembinaan dan pengembangan kelompok BKB, maka pada tahun 2009 melaksanakan BKB Kit yang terdiri dari 100 unit APE (Alat Permainan Edukatif), 100 buku Materi dan Media BKB (Kartu Kembang Anak, Buku/Panduan Materi Penyuluhan, lembar balik, Modul BKB dan tas BKB), yang bersumber dari Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp.120.000.000

10. Penyelenggaraan dan Fasilitasi HIV/AIDS dan Narkoba

Alokasi anggaran kegiatan penyelenggaraan dan fasilitasi HIV Aids dan narkoba. yang bersumber dari APBD Kab.Lebak sebesar Rp. 50.0000.0000. adapun bentuk kegiatannya berupa rakor penanggulangan HIV/AIDS, IMS dan Narkoba tingkat Kabupaten Lebak dengan jumlah peserta sebanyak 25 orang, dan BinteK relawan HIV/AIDS, IMS dan Narkoba sebanyak 3 kali pada 15 orang relawan.

11. Pengadaan Tanah Untuk Pusat Informasi dan Pemberdayaan Masyarakat Baduy

Dalam rangka meningkatkan akses dan kualitas pelayan kesehatan dasar keluarga berencana melalui proses pemberdayaan yang berlandaskan atas satu kesatuan adat, BP2KBMPD telah melakukan pengadaan tanah seluas 7.562M2 di Desa Bojong Menteng Kecamatan Leuwidamar guna pembangunan pusat informasi dan pemberdayaan masyarakat baduy.

Alokasi anggaran untuk Pengadaan Tanah Untuk Pusat Informasi dan Pemberdayaan Masyarakat Baduy bersumber dari APBD Kab. Lebak sebesar Rp.120.000.000.

anggaran itu dipergunakan untuk belanja modal pengadaan tanah sebesar Rp.100.000.000, biaya administrasi Rp.20.000.000.

5.4. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai dengan bulan Mei 2010 dengan metode kualitatif. Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Pengumpulan data primer didapatkan dari wawancara mendalam terhadap informan-informan yang dipilih. Data sekunder didapatkan dari dokumen yang terkait dengan penelitian. Data yang terkumpul kemudian dibuat transkripsinya, diberi kode kemudian dikategorikan. Setelah dikategorikan kemudian semua data disandingkan, dilakukan triangulasi antara satu sumber data dengan sumber data lainnya untuk kemudian diambil kesimpulan akhir.

Kendala dalam penelitian ini antara lain, adalah:

1. Sistem birokrasi administrasi di beberapa instansi yang panjang dan kaku, sehingga menghambat proses penelitian.
2. Kesibukan informan sehingga sulit ditemui
3. Penggalan informasi terhambat karena informan yang diinterview pada umumnya adalah pejabat baru di posisi tersebut
4. Informan kurang terfokus pada pertanyaan peneliti.

5.5. Hasil Penelitian

5.5.1. Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 15 orang dari beberapa instansi pemerintah Kabupaten Lebak dengan perincian sebagai berikut: 1 orang dari Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak yang mewakili Bupati Kabupaten Lebak, 1 orang dari BP2KBMPD, 1 orang dari BKD, 1 orang dari Bappeda, 1 orang dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, 1 orang dari RS Adjudarmo, 1 orang dari Puskesmas, 1 orang dari unsur legislatif, 1 orang dari DPRD Kabupaten Lebak, 2 orang dari BKKBN yaitu 1 orang dari unsur BKKBN Pusat dan 1 orang dari BKKBN Provinsi; 1 orang dari organisasi profesi yaitu dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Kabupaten Lebak; 1 orang dari unsur masyarakat yaitu dari tokoh masyarakat/tokoh agama; 1 orang dari kader

posyandu, LSM yaitu dari PKK (Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga), dan 1 orang pengguna KB/akseptor KB.

Lamanya wawancara bervariasi antara 30–60 menit dengan frekuensi wawancara sebanyak 1 kali. Karakteristik informan yang dikumpulkan meliputi jenis kelamin, jabatan dan lama bekerja di jabatan tersebut. Informan terdiri dari 11 laki-laki dan 4 perempuan dengan tingkat pendidikan bervariasi yaitu SMP sebanyak 2 informan, SMU sebanyak 1 informan, D3 sebanyak 2 informan, S1 sebanyak 7 informan, dan S2 sebanyak 3 informan. Lama bekerja masing-masing informan pada jabatan terakhir bervariasi antara 2 minggu–2,5 tahun. Karakteristik informan dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9. Tabel Karakteristik Informan

No	Informan	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan	Lama Bekerja
1	P1	L	S1	Eseleon III a	2 tahun 5 bulan
2.	P2	L	S2	Eselon III b	2 tahun
3	P3	L	S1	Eselon III a	4 (empat) tahun
4	P4	L	S2	Eselon II b	2 minggu
5	P5	L	S1	Eselon III b	2 minggu
6	P6	L	S1	Eselon III a	18 bulan
7	P7	L	S1	DPRD Kabupaten lebak	5 bulan
8	P8	L	S2	Eselon IV a	1 tahun 5 bulan
9	P9	P	D3	Pegawai Puskesmas (bidan)	4 tahun
10	P10	L	S1	Eselon III a	2,5 tahun
11	P11	L	S1	IDI	2 tahun
12	P12	P	D3	Pengurus harian	3,5 tahun
13	P13	L	SLTA	Ketua mushola	3.5 tahun
14	P14	P	SMP	Kader Posyandu dan PKBD	1,5 tahun
15	P15	P	SMP		

5.5.2. Struktur Organisasi

Struktur organisasi BP2KBMPD Kabupaten Lebak yang terbentuk berdasarkan Perda No.11/2007 dipimpin oleh kepala badan yang membawahi 7 bidang termasuk Sekretariat.

Berdasarkan telaah dokumen, struktur organisasi dibentuk berdasarkan Perda Kabupaten Lebak No.11 Tahun 2007. Struktur organisasi yang terbentuk sesuai dengan Perda tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Kepala Badan
- b. Sekretaris, membawahi:
 - Subag Umum
 - Subag Keuangan
 - Subag Program
- c. Kepala Bidang Pemberdayaan Perempuan, membawahi:
 - Kasubid Pengarusutamaan Gender (PUG) dan PUA
 - Kasubid Perlindungan Perempuan dan Anak.
- d. Kepala Bidang Keluarga Berencana/Kesehatan Reproduksi, membawahi:
 - Kasubid Pelayanan KB/KR
 - Kasubid Perlindungan Remaja dan Hak-hak Reproduksi
- e. Kepala Bidang Keluarga Sejahtera dan Informasi Keluarga, membawahi:
 - Kasubid Informasi dan Data Keluarga
 - Kasubid Pemberdayaan dan Ketahanan Keluarga
- f. Kepala Bidang Usaha Ekonomi Masyarakat, membawahi:
 - Kasubid Sumber Daya Desa dan Teknologi Tepat Guna
 - Kasubid Peningkatan Kapasitas Ekonomi Masyarakat Desa
- g. Kepala Bidang Pembangunan dan Ketahanan Masyarakat Desa, membawahi:
 - Kasubid Pembangunan Desa
 - Kasubid Ketahanan Masyarakat
- h. Kepala Bidang Pemerintahan Desa
 - Kasubid Pemerintahan Desa
 - Kasubid Pengembangan Desa

Sebagian informan menyatakan yang menjadi dasar kebijakan terbentuknya BP2KBMPD adalah PP 41/2007 dan Perda Kabupaten Lebak Nomor 11/2007. Berdasarkan PP No.41/2007, urusan KB digabung dengan Pemberdayaan Perempuan, namun berdasarkan hasil kajian tim Eksekutif dengan Legislatif Kabupaten Lebak, urusan KB digabung dengan 3 (tiga) unsur lain, yaitu Pemberdayaan Perempuan, Masyarakat, dan Pemerintahan Desa. Berikut petikan pernyataannya:

“...terbentuknya BP2KBMPD berdasarkan PP No. 41 dan Perda kabupaten Lebak No.11 tahun 2007....” (P1)

“.....pertimbangan waktu itu dengan munculnya PP No.41 memang bidang KB digabung dengan bidang Pemberdayaan Perempuan, tapi hasil kajian tim eksekutif dengan dewan akhirnya diputuskan kita digabung dengan 2 instansi lainnya yaitu Masyarakat Desa dan Pemerintah Desa, jadi dalam 1 badan terdiri dari 4 merger. Sehingga sekarang terdiri dari enam bidang dan tujuh dengan sekretariat yang dipimpin oleh kepala badan” (P1)

Menurut sebagian informan struktur organisasi di BP2KBMPD sudah sesuai untuk pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak. Namun, sebagian informan menyatakan bahwa struktur organisasi di BP2KBMPD belum sesuai untuk pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak. Ketidaksesuaian struktur organisasi di BP2KBMPD disebabkan oleh faktor struktur organisasi yang tidak lagi hanya khusus menangani program KB tetapi digabung dengan program lain. Akibatnya pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak tidak fokus dan kurang efektif dan hasilnya menjadi tidak optimal. Selain itu, ketidaksesuaian struktur organisasi dikarenakan adanya kebuntuan di lini terdepannya, yaitu belum terbentuknya UPT di tingkat kecamatan. Berikut petikan pernyataannya:

“tidak terlalu menjadi masalah, walaupun merger 4 yaitu dengan pemberdayaan perempuan, masyarakat, dan pemerintahan Desa ...” (P4)

“karena dalam 1 badan terdiri dari 4 merger, ya banyak menimbulkan kendala. Pertama dari kelayakan kantor; tadinya kantor ini hanya untuk badan KB saja, terdiri dari 3 bidang yaitu bidang KB, KR, dan KS dan satu sekretariat. Tapi sekarang terdiri dari enam bidang dan tujuh dengan sekretariat. Bisa dibayangkanlah bagaimana

situasinya, saya kira jadi kurang efektif, dan hal itu juga mempengaruhi pimpinan dan pelaksana program yang lain untuk bisa fokus dalam pelaksanaan program, yang pada akhirnya hasil kurang optimal..”(P1)

“...terjadi kebuntuan di lini terdepannya....di bawahnya ini tidak nyambung, karena tidak ada UPT... jadi sekarang PLKB seperti dititipkan di kantor kecamatan. Harusnya di bawah badan KB ada UPT di tingkat kecamatan...di dalam perda juga dimasukkan juga harusnya UPT itu dan cukup sampai tingkat kecamatan....”(P7)

Sebagian informan menyatakan bahwa sudah tidak ada lagi hubungan garis vertikal atau hierarki struktural ke BKKBN Provinsi dan ke BKKBN Pusat dalam struktur organisasi di BP2KBMPD. Menurut sebagian informan tidak ada kendala dalam hubungan atau koordinasi BP2KBMPD dengan BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi, baik dalam pembinaan pegawai maupun dari anggaran. Namun sebagian informan menyatakan bahwa ada kendala dalam hubungan atau koordinasi BP2KBMPD dengan BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi dengan struktur organisasi yang sekarang terbentuk. Kendalanya adalah jalur birokrasi yang lebih panjang, komunikasi yang sedikit terhambat, serta peran supervisi dari BKKBN Pusat maupun BKKBN Provinsi yang berkurang karena mengalami hambatan dalam memberikan tindakan ketika tidak tercapainya target hasil. Berikut petikan pernyataannya:

“...., Sekarang tidak ada lagi garis vertikal atau hubungan langsung dengan BKKBN Provinsi maupun BKKBN Pusat,...”(P4)

“.....hubungannya dengan BKKBN Pusat maupun BKKBN Provinsi pada dasarnya baik, hubungan saat ini dengan BKKBN Pusat maupun Provinsi sifatnya koordinasi, dan masih berjalan dengan baik. Ya ada perhatian baik untuk pembinaan pegawai maupun dari anggaran. Dan selama hampir tiga tahun saya di sini tidak ada kendala dalam proses koordinasi baik dengan BKKBN Pusat maupun BKKBN Provinsi....” (P1)

“dari bentuk struktur organisasi yang sekarang mungkin jalur birokrasinya saja jadi lebih panjang, dan komunikasinya sedikit terhambat.....”(P4)

“.....kalau sekarang kondisinya hanya sifatnya koordinasi fungsional ... dan fungsi kita memfasilitasi mereka yaitu kabupaten/kota.... Kalau dengan jalur komando seperti dulu ketika program tidak mencapai target atau terjadi kita bisa kasih sanksi... karena memang dari aspek ketenagaan di bawah provinsi... tapi sekarang jadi tanggung

jawabnya Bupati. Karena hubungannya tidak seperti dulu... makanya dikembangkan model-model kemitraan, dengan kesamaan kepentingan bersama...”(P2)

“.....Kalau dulu pegawai di badan KB kabupaten/kota termasuk PLKB adalah pegawai kita BKKBN Pusat, jadi kendali maupun segala keputusan ada di kita, tapi kalau sekarang kita mengalami kesulitan untuk memberi teguran ataupun sanksi ketika badan KB di kabupaten/kota tidak mencapai target , karena sekarang pemerintah daerah yang memegang kendali....” (P3)

Berdasarkan telaah dokumen, dalam PP No.41 Tahun 2007 ada penjelasan bahwa perumpunan urusan yang diwadahi dalam bentuk badan termasuk bidang pemberdayaan perempuan dan keluarga berencana. Kemudian Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten/Kota yaitu Lembaga Teknis Daerah termasuk Badan terdiri dari 1 (satu) sekretariat dan paling banyak 4 (empat) bidang, sekretariat terdiri dari 3 (tiga) subbagian, dan masing-masing bidang terdiri dari 2 (dua) subbidang atau kelompok jabatan fungsional. Jumlah bidang pada badan yang melaksanakan beberapa bidang urusan pemerintahan paling banyak 7 (tujuh) bidang.

Dalam PP tersebut juga terdapat penjelasan bahwa Unit Pelaksana Teknis (UPT) pada badan, terdiri dari 1 (satu) subbagian tata usaha dan kelompok jabatan fungsional. Peraturan Pemerintah ini memberikan arah dan pedoman yang jelas kepada daerah dalam menata organisasi yang efisien, efektif, dan rasional sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan daerah masing-masing serta adanya koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi serta komunikasi kelembagaan antara pusat dan daerah.

Dalam Perda No.11 Tahun 2007 disebutkan bahwa Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis diatur lebih lanjut oleh Peraturan Bupati. Namun Peraturan Bupati tentang UPT belum terbentuk. Dalam Perda tersebut disebutkan bahwa Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melaksanakan kegiatan Badan secara profesional sesuai dengan kebutuhan dan bertanggung jawab kepada Kepala Badan. Kelompok ini terdiri dari sejumlah tenaga dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam kelompok yang sesuai dengan bidang keahliannya. Jumlah jabatan fungsional ditentukan menurut sifat, jenis, kebutuhan dan beban kerja. Mengenai jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Oleh karena itu, hasil wawancara maupun telaah dokumen menunjukkan bahwa struktur organisasi BP2KBMPD Kabupaten Lebak terbentuk berdasarkan Perda Kabupaten Lebak No.11 Tahun 2007. Dalam Perda tersebut diuraikan bahwa BP2KBMPD dipimpin oleh Kepala Badan yang membawahi sekretaris, kemudian sekretaris membawahi 3 (tiga) subbidang, dan ditambah 6 (enam) bidang yang masing-masing membawahi 2 (dua) subbidang. Namun hanya 2 bidang dan 4 subbidang yang menangani program KB.

Struktur organisasi yang terbentuk berdasarkan Perda Kabupaten Lebak No.11 tahun 2007 sudah sesuai dengan PP No.41 Tahun 2007. Namun hasil wawancara menunjukkan adanya kendala yaitu pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak tidak fokus dan kurang efektif dan hasilnya menjadi tidak optimal. Selain itu uraian dan penjelasan tentang UPT belum diatur secara jelas dalam Perda No.11 Tahun 2007, yang seharusnya diatur secara jelas dan rinci dalam Peraturan Bupati. Berdasarkan wawancara, hal ini menimbulkan kebuntuan pada struktur organisasi yaitu pada lini terdepannya. Selain itu uraian jabatan fungsional juga belum diatur secara jelas dalam perda tersebut.

5.5.3. Pedoman Tata Laksana (SOP)

Sebagian besar informan menyatakan bahwa yang menjadi dasar kebijakan Pedoman Tata Laksana/SOP di BP2KBMPD Kabupaten Lebak dalam pelaksanaan Program KB adalah kebijakan dari Pusat, PP38/2007, dan PP41/2007. Menurut sebagian informan pedoman tersebut sudah sesuai dan dapat diaplikasikan dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak.

Sementara itu, sebagian informan menyatakan pedoman tersebut belum sesuai untuk diaplikasikan dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak. Menurut informan kendalanya justru terletak pada kurangnya tenaga lapangan, dan keterbatasan anggaran. Berikut petikan pernyataannya:

“... kalau untuk kabupaten/kota kan sudah ada PP No. 41 dan PP No.38.....dan ada Perdanya sendiri disesuaikan...” (P2).

“..berdasarkan PERDA No.11 tahun 2007, namun dalam hal-hal tertentu masih mengikuti pedoman atau arahan dari pusat...” (P1)

“...pada dasarnya sudah sesuai pedoman pelaksanaannya ya tapi kendalanya ada kekurangan tenaga lapangan, sehingga dalam pelaksanaan jadinya terhambat” (P4)

“ saya rasa cukup bisa diaplikasikan, namun ya itu tadi, pelaksanaannya jadi tidak optimal karena satu badan terdiri dari 4 merger, otomatis kemampuan dari pelaksana program dan anggarannya juga terbatas...” (P1)

“...Karena saat ini pedoman tata laksananya masih berdasarkan peraturan-peraturan dari pusat, walaupun juga berpedoman pada perdanya, tapi dalam perdanya belum diatur secara jelas tentang tata laksananya. Selain itu juga kondisi tenaga lapangannya tidak memungkinkan untuk mengaplikasikan, jadi saya rasa belum sesuai...” (P2)

Berdasarkan telaah dokumen, dalam PP No.41/2007 dijelaskan bahwa rincian tugas, fungsi, dan tata kerja diatur lebih lanjut dengan peraturan gubernur/bupati/walikota. Namun Peraturan Bupati mengenai tata laksana kegiatan program KB belum dibentuk, sedangkan dalam perda belum tercakup tata laksana kegiatan KB tersebut.

Selain itu pedoman petunjuk pelaksanaan maupun petunjuk teknis pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak tidak ditemukan di tempat penelitian. Jadi belum ada peraturan yang mengatur secara jelas dan rinci tentang tata laksana kegiatan program KB.

Selain itu pedoman tata laksana yang ada belum sesuai sehingga terdapat hambatan dalam pelaksanaan program KB di Lebak. Tapi di lain pihak ada pendapat bahwa pedoman tersebut sudah sesuai. Dari kedua pendapat yang saling bertentangan tersebut, ada kesepakatan bahwa yang menjadi kendala dalam pengaplikasian pedoman tersebut adalah kurangnya tenaga lapangan, dan terbatasnya anggaran dalam proses pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak.

5.5.4. Koordinasi Antar Instansi

Hampir seluruh informan menyatakan bahwa instansi yang terlibat dalam pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak adalah BP2KBMPD, Dinas Kesehatan, Puskesmas, rumah sakit, Pemerintah Daerah, TNI, POLRI, IDI, IBI, LSM, PKK, Toma/Toga, kader, dan juga masyarakat. Menurut sebagian besar informan, ada koordinasi yang baik antar instansi tersebut dalam pelaksanaan program KB di

Kabupaten Lebak meskipun lebih bersifat momentum. Informan juga menyatakan makin berkurangnya keterlibatan kader KB dan peran serta dari tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam pelaksanaan program KB. Berikut petikan pernyataannya:

“Selain dengan dinas kesehatan kita juga terlibat dengan pihak-pihak lain, seperti ABRI, polisi, LSM, organisasi, tokoh agama, tokoh masyarakat, IDI, dan lain-lain....”(P1)

“.....instansi pemerintah, legislatif, eksekutif, Pemda Kab. Lebak, BP2KBMPD, Dinas Kesehatan, RS, pemerintah, serta instansi non pemerintah (LSM), (PKK), organisasi profesi, (IDI, IBI), masyarakat, kader posyandu, TOMA/TOGA.....”(P4)

“....koordinasi berjalan dengan baik. Jadi, kita koordinasinya hanya pada saat momen-momen tertentu saja....”(P1)

“.....koordinasinya sangat bagus sekali.... ..., ada kesatuan gerak, PKK koordinasinya sangat bagus sekali. Lalu dengan TNI melalui TMKK... POLRI melalui Bhayangkara Bhakti Kesehatan....IBI... IDI...tapi biasanya bersifat momentum. ,.”(P3)

“....Pada dasarnya koordinasi sudah cukup terjalin dengan baik dengan berbagai pihak namun keterlibatan kader, dan terutama peran serta dari toma/toga sudah sangat berkurang.”(P4)

Berdasarkan telaah dokumen di Kabupaten Lebak terjalin koordinasi dengan berbagai instansi, TNI, POLRI, PKK, organisasi profesi, dan masyarakat, dan lain-lain. Hal ini bisa kita lihat dari kegiatan yang telah diselenggarakan pada 2008 dan 2009, yaitu adanya kegiatan-kegiatan momentum KB. Pada 2008 ada Gerakan KB terpadu, meliputi kegiatan-kegiatan TNI manunggal KB-Kes, Hari Keluarga Nasional (Harganas), dan kesatuan gerak PKK. Kemudian pada 2009 ada Gerakan KB. Bentuk kegiatan gerakan KB terpadu berupa kerjasama pelaksanaan program KB-kesehatan dengan TNI (Kodim 0603/Lebak), TP, PKK Kabupaten Lebak, Kepolisian (Polres Lebak), IBI Lebak, Dinas/Badan di Lingkungan Pemda Lebak dan BKKBN Provinsi Banten.

5.5.5 Sumber Daya Manusia

Sebagian besar informan menyatakan bahwa BP2KBMPD Kabupaten Lebak memiliki tenaga PKB/PLKB namun jumlahnya belum memadai, dan cenderung

berkurang. Hal itu disebabkan adanya mutasi dan pensiun. Berikut petikan pernyataannya:

“...ya kita punya tenaga PLKB, karena mereka itu kan lini terdepan kita..ya ujung tombak kita ..”(P1)

“....Ya PLKB sekarang jumlahnya sudah berkurang...” (P2)

“....Dari segi ketenagaan, sejak desentralisasi saya rasa bukan hanya di Lebak saja tenaga lapangannya berkurang. Sebelum saya masuk yang saya dengar jumlahnya sekitar 200 lebih, tapi saya baru masuk tahun 2006, dan ketika saya datang kesini jumlahnya tinggal kurang lebih 100 petugas, dan sekarang jumlahnya kurang lebih tinggal 70 ...”(P1)

“.....PKB/PLKB yang biasa melakukan konseling. Penggerakan masyarakat untuk meningkatkan pencapaian kesejahteraan masyarakat agak mundur karena tenaga kerja kita yang sudah potensial itu justru dialih tugaskan oleh Pemda. Ada yang jadi sekcama, camat, sekwan, bahkan ada yang jadi kepala dinas kesehatan. Jadi jumlah PKB/PLKB sudah berkurang.....”(P3)

“... camat membutuhkan tenaga SDM, dan tenaga PLKB ini bisa dibilang bisa diandalkan lah. Jadi mantan-mantan PLKB ini di kecamatan sangat dibutuhkan, ya contohnya sekarang kan banyak yang jadi sekretaris camat, lurah, dan bahkan ada yang jadi camat...Jadi jumlah PLKB nya banyak berkurang nya karena mutasi, juga karena pensiun....”(P1)

Sebagian besar informan menyatakan bahwa tidak ada kesesuaian antara jumlah PLKB dengan jumlah desa. Saat ini rasio jumlah PLKB dengan jumlah desa adalah 1:4-5 desa. Dan menurut sebagian informan hal ini semakin memperberat tugas dari PKB/PLKB karena rasio yang ideal adalah 1 PLKB menangani 1-2 desa. Berikut petikan pernyataannya:

“.....sekarang 1 PLKB memegang 5 sampai 6 desa. Jadi tugasnya tambah berat...”(P2)

“....sementara desa garapan kita sekarang ini hasil pemekaran ada 340 desa, dan 5 kelurahan. Jadi ada 345 desa digarap kurang lebih dengan jumlah PLKB sekitar 70an bisa dihitung itu rasionya berapa, 1:4 juga tidak sampai...” (P1)

“..... idealnya yaitu rasio nya 1 PLKB menangani 1-2 desa...” (P3)

Sebagian besar informan menyatakan bahwa sejak otonomi daerah, yang berwenang untuk merekrut adalah pemerintah daerah. Namun hingga 2009 tidak ada perekrutan tenaga PKB/PLKB baru. Menurut beberapa informan sudah ada upaya advokasi ke Menpan, BKN, dan Pemerintah Daerah, dan ini membuahkan hasil dengan adanya penambahan tenaga PKB/PLKB sebanyak 2 orang. Berikut petikan pernyataannya

“...Sejak otonomi daerah, diserahkan ke Pemda, jadi sekarang pengrekrutan PKB/PLKB adalah tugas Pemda Kabupaten/kota...”(P3)

“.....rekrutmennya sejak saya disini belum pernah ada. Segala upaya sudah ditempuh bahkan didorong juga oleh BKKBN Provinsi. Kita disuruh bikin surat ke Bupati minta tenaga ke Menpan dan akan difasilitasi oleh BKKBN Provinsi. Surat sudah.. tapi setelah ditunggu dan di tunggu sampai sekarang ga ada realisasinya. Tapi untuk tahun 2010 ini kita dapat alokasi tenaga lapangan sebanyak 2 orang...” (P1)

“.....Namun mulai tahun 2009 perekrutan tenaga PLKB di daerah mulai menggeliat. Kita mulai mengadvokasi pemerintah Kabupaten/Kota. Mulai dari pertemuan-pertemuan supaya Kabupaten/kota membuka formasi untuk penambahan tenaga penyuluh lapangan KB, dan kita juga membantu dengan memberikan dorongan ke Menpan supaya disetujui untuk adanya formasi tambahan bagi tenaga penyuluh KB....”(P3)

Sebagian besar informan menyatakan adanya permasalahan akibat jumlah PKB/PLKB yang berkurang yaitu semakin besarnya tugas yang diemban PKB/PLKB serta tidak kondusifnya situasi. Berkurangnya jumlah PKB/PLKB juga mempengaruhi efektifitas pelayanan KB dan pencapaian hasil Program KB. Berikut petikan pernyataannya:

“.....PLKB dari segi jumlah menurun banget, hal itu menimbulkan semakin beratnya tugas yang diemban oleh PLKB....” (P2))

“.....Dengan penurunan jumlah PKB/PLKB ... jelas ada pengaruhnya terhadap hasil pencapaian program KB. Dari SDKI 2007, terlihat angka unmet need nya tidak tercapai. Unmet need itu orang yang membutuhkan pelayanan, tapi tidak terlayani. Angkanya meningkat dari 8,6% menurut SDKI 2002/2003 menjadi 9,1% SDKI 2007...hal ini karena kurang atau tidak ada yang menggerakkan...harusnya ada proses KIE (komunikasi, edukasi, dan informasi)...yang seharusnya dilakukan oleh PKB/PLKB.....Dengan penurunan jumlah PKB/PLKB... maka akan menimbulkan

masalah dalam pencatatan dan pelapora. Jadi data yang masuk di kita dari kabupaten/kota melalui BKKBN provinsi masih kemungkinan diragukan keakuratannya, kalau dulu yang memberikan informasi yah PLKB yang sudah terlatih dan ahli, tapi sekarang fungsi itu digantikan oleh kader. Saat ini kader yang banyak berperan dalam proses pencatatan dan pelaporan, seharusnya ada proses pendampingan dari petugas PKB/PLKB sedangkan jumlah PKB dan PLKB itu saat ini sedikit...”(P3)

Menurut para informan untuk menyiapkan kompetensi dari PLKB tersebut diperlukan pelatihan, pembinaan, dan pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi. Oleh karena itu menurut beberapa informan ada beberapa jenis pelatihan/pembinaan untuk PKB/PLKB, yang terdiri dari PKB/PLKB wajib untuk mengikuti LDU yaitu Latihan Dasar Umum dan pelatihan teknis. Pelatihan teknis yang wajib yaitu pelatihan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan advokasi, pelatihan KIPK (Komunikasi Interpersonal dan Konseling), serta pelatihan pencatatan dan pelaporan.

Namun menurut beberapa informan penyelenggaraan pelatihan untuk PKB/PLKB dilaksanakan oleh BKKBN Provinsi dan lebih mengutamakan penyelenggaraan pelatihan LDU yang merupakan pelatihan/pembinaan yang wajib untuk PKB/PLKB. Untuk Kabupaten Lebak semua tenaga PKB/PLKB sudah mendapat pelatihan LDU karena PKB/PLKB di Kabupaten Lebak adalah orang-orang lama. Namun pelatihan yang diadakan tiap tahun jumlahnya terbatas, dan kapasitas jumlah PKB/PLKB yang dilatih sangat terbatas yaitu hanya 30 orang. Berikut petikan pernyataannya:

“ ... upayanya ya harus ada yang namanya pelatihan/pembinaan serta adanya pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi.untuk pelatihan/pembinaannya ada jenisnya, karena seorang PKB/PLKB wajib untuk mengikuti LDU yaitu Latihan Dasar Umum.... LDU ada dua kategori, LDU untuk PKB yang PNS itu pelatihannya 3 minggu, 21 hari... kalau yang kontrak hanya 14 hari.... selain itu PKB/PLKB mereka dilatih lagi pelatihan teknis... adapun pelatihan teknis yang wajib yaitu pelatihan KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) dan advokasi, dan pelatihan KIPK (Komunikasi Intrpersonal dan Konseling). Kemudian ada pelatihan pencatatan dan pelaporan.....makanya PKB/PLKB itu lebih pintar dari orang-orang pusat, karena mereka menangani seluruh substansi.... Selain itu juga ada pelatihan pengelolaan bina keluarga, pelatihan PIK KRR (Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja), dan ada pelatihan pemberdayaan ekonomi keluarga..... Selain itu juga ada pelatihan refreshing, diperuntukkan untuk PKB/PLKB yang lama, dilatih lagi atau di refresh lagi.....sebenarnya ada banyak pelatihan lagi... tapi tadi yang disebutkan adalah pelatihan yang wajib diikuti oleh PKB/PLKB.... Pelatihan-pelatihan tersebut di atas

sebenarnya sudah masuk dalam materi yang ada LDU... tapi pelatihan yang teknisnya ada lagi... agar lebih fokus.... frekuensi tiap daerah bervariasi yang jelas tiap tahun ada pelatihan..... ada yang dua kali per tahun.... ada yang satu kali per tahun.... Dan satu angkatan atau satu kali mengadakan pelatihan kapasitasnya sekitar 30 orang dalam satu provinsi.....” (P3)

“...Kalau untuk pelatihan yang wajib setahu saya semua PLKB sudah dilatih tapi untuk pelatihan–pelatihan yang lain jumlahnya variatif. Biasanya ada beberapa pelatihan tapi orangnya yang dikirim bergantian orangnya, lagipula PLKB di sini adalah orang-orang lama, jadi ya sudah pinter-pinter...”(P1)

“.....jenis-jenis pelatihan yang diberikan ke PLKB itu terbatas, tapi paling tidak untuk PLKB yang baru kita masih ada pelatihan dasar yaitu LDU....tapi itupun tidak bisa meng-cover jumlah orang yang harus di LDU.....untuk 1 angkatan yaitu untuk 1 tahun sekali alokasinya untuk 30 orang dan dibagi menjadi 8 kabupaten sekarang..... selama dua mingguan lah pelatihannya....tapi untuk Kabupaten Lebak setahu saya sudah semua mendapat pelatihan LDU....(P2)

Menurut beberapa informan penyelenggara pelatihan/pembinaan untuk PLKB adalah BKKBN Provinsi, sedangkan untuk pelatihnya ada yang berasal dari BKKBN Pusat dan dari BKKBN Provinsi, dan hal itu dianggap sudah cukup memadai. Namun menurut beberapa informan penyelenggaraan pelatihan/pembinaan untuk PLKB dianggap belum memadai, dan ada kendala dalam penyelenggaraan pelatihan/pembinaan untuk PLKB/PKB. Hal ini disebabkan kurangnya peran serta dari pemerintah daerah kabupaten dalam penyelenggaraan pembinaan/pelatihan untuk PLKB. Berikut petikan pernyataannya:

“.....Untuk PLKB di Kabupaten Lebak di BKKBN Provinsi,.... Jadi yang mengadakan BKKBN Provinsi, di BP2KBMPD Kabupaten Lebak tidak pernah menyelenggarakan pelatihan fungsional dan itu sudah kita anggap cukup saja”(P1)

“...pelatihannya dari BKKBN Provinsi. Harusnya memang ada sharing antar kita dengan kabupaten/kota, tapi ternyata mereka juga berat dari aspek itu.... Padahal sebetulnya bisa..... misalnya penyelenggaranya pihak kabupaten/kota... nanti fasilitatornya tetap dari kita..... jadi sekarang masih tetap ngandelin segala sesuatunya dari kita..... ya baik pelatihan dasar... pelatihan teknis...”(P2)

Kendala yang timbul dalam penyelenggaraan pembinaan/pelatihan PKB/PLKB di Kabupaten Lebak adalah terbatasnya pelatihan yang ada. Pelatihan yang rutin diadakan tiap tahun adalah LDU (Latihan Dasar Umum). Namun LDU ini diadakan

dengan kapasitas jumlah peserta yang sangat terbatas, dan kualitas materi pelatihan yang semakin menurun. Hal itu karena beberapa materi yang seharusnya diberikan ada yang dikurangi. Selain itu kondisi lingkungan pelatihan yang sudah tidak kondusif karena ketidaksesuaian jumlah materi yang diberikan dengan kondisi waktu pelatihan yang sangat terbatas. Kendala ini disebabkan oleh adanya keterbatasan dana. Berikut petikan pernyataannya:

“....Sehingga dengan alasan keterbatasan dana itu BKKBN provinsi seringkali kurang patuh terhadap standar pelatihan..... artinya begini.... bahwa PKB itu harusnya melaksanakan LDU 3 minggu ... tapi karena keterbatasan dana yang ada hanya untuk 2 minggu.....kurikulumnya materinya mereka padatkan dan mengindahkan kualitas dan efektivitas materi.... ..”(P3)

Beberapa informan menyatakan latar belakang pendidikan PKB/PLKB di Kabupaten Lebak beragam mulai dari SMU, Strata satu (S1) hingga Strata 2 (S2). Namun demikian, ada pula PKB/PLKB yang latar belakang pendidikannya masih rendah yaitu SMP bahkan SD. Berikut petikan pernyataannya:

“.....Kalau dari latar belakang pendidikannya memang variasi, ada yang dari SLTA, yang paling rendah SMP, tapi ada yang S1, bahkan ada yang S2,”(P1)

“.....Kebanyakan latar belakang pendidikan PKB sarjana (S1), jadi sejak tahun 1990’an sudah direkrut PKB dengan latar belakang S1. Sedangkan kalau PLKB masih banyak yang SLTA,... tapi kalau dulu masih ada yang SMP, bahkan SD latar belakang pendidikannya....”(P3)

Telaah dokumen menunjukkan adanya penurunan jumlah PKB/PLKB karena mutasi atau pensiun. Sejak 2006 sudah tidak ada lagi PPLKB di tingkat kecamatan. Dari 2006 hingga 2009 terjadi pengurangan PKB/PLKB sebanyak 43 orang, dan sebagian besar disebabkan karena mutasi atau berpindah ke instansi lain atau pensiun. Jadi pada 2009 jumlah PLKB mengalami penurunan menjadi 79 orang untuk 320 desa di Kabupaten Lebak. Maka rasio terhadap PLKB/PKB adalah 1: 4-5 desa sehingga terjadi ketidaksesuaian rasio PLKB/PKB dengan jumlah desa.

Table 5.10. Jumlah Petugas Lapangan KB di Kabupaten Lebak Tahun 2006-2009

No.	Tahun	PPLKB	PLKB	PKB	Jumlah
1.	2006	0	29	88	114
2.	2007	0	24	70	94
3.	2008	0	24	63	87
4.	2009	0	22	57	79

Tabel 5.11. Jumlah PLKB yang Mutasi dan Pensiun

No.	Tahun	Pensiun	Mutasi	Jumlah
1.	2006	4 orang	16 orang	20 orang
2.	2007	3 orang	4 orang	7 orang
3.	2008	-	7 orang	7 orang
4.	2009	7 orang	2 orang	9 orang

Telaah dokumen menunjukkan latar belakang pendidikan PKB/PLKB pada 2008 terdiri dari SD (3 orang), SMP (8 orang), SMA (47 orang), S1 (28 orang), dan S2 (1 orang). Pada 2009 latar belakang pendidikan PKB/PLKB terdiri dari SD (3 orang), SMP (8 orang), SMA (25 orang), S1 (25 orang), dan S2 (1 orang). Jadi rata-rata latar pendidikannya adalah SLTA. Telaah dokumen juga menunjukkan bahwa semua PKB/PLKB yang ada di BP2KBMPD Kabupaten Lebak sudah mengikuti LDU karena memang PKB/PLKB yang ada di Kabupaten Lebak adalah petugas yang sudah lama bertugas.

Table 5.12. Latar Belakang Pendidikan PKB/PLKB di Kabupaten Lebak Tahun 2004-2009

No.	Tahun	PENDIDIKAN					Jumlah
		SD	SMP	SMU	S1	S2	
1.	2007	3	15	44	31	1	94
2.	2008	3	8	47	28	1	87
3.	2009	3	8	42	25	1	79

5.5.6. Ketepatan Alokasi Anggaran

Sebagian besar informan menyatakan terdapat sumber dana untuk pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak yaitu dana dari pusat berupa Dana Alokasi Khusus (DAK), dana yang melalui BKKBN Provinsi, serta dana yang berasal APBD Kabupaten Lebak. Dana bantuan tersebut, baik dana dari pusat maupun yang berasal dari APBD Kabupaten Lebak, sifatnya berkesinambungan dengan jumlah yang fluktuatif. Berikut petikan pernyataannya:

".....Sumbernya ada dari APBN yaitu DAK, ada dari BKKBN Provinsi, ada juga dari APBD Kabupaten Lebak.kalau dari APBD Provinsi setahu saya tidak ada.... Juga bantuan dari donor luar negeri juga tidak ada. Sejak tahun 2007 ada dana dari pemda Lebak untuk KB, jadi yah berkesinambungan, karena adanya keterbatasan dana. Kalau untuk dana bantuan dari pusat baik itu DAK maupun bantuan dari Pusat yang melalui BKKBN Provinsi berkesinambungan, hanya saja jumlahnya fluktuatif..."(P1)

"... ya.. APBN, APBD Kabupaten Lebak..... dana pusat melalui BKKBN provinsi..... kalau dari sumber yang lain saya rasa tidak ada...." (P7)

Namun menurut beberapa informan ada dukungan dari Bupati Kabupaten Lebak. Hal ini bisa dilihat dari dana bantuan APBD Kabupaten Lebak yang sifatnya berkesinambungan walau jumlahnya masih sangat minim. Hal ini kemungkinan disebabkan karena prioritas pemerintah daerah Kabupaten Lebak terhadap program KB tidak tinggi serta adanya keterbatasan APBD Kabupaten Lebak. Berikut petikan pernyataannya:

"....., sedangkan bantuan dana yang dari APBD pemda Kabupaten Lebak setiap tahun juga ada, namun ya itu jumlahnya masih sangat minim. Apalagi dengan kondisi yang ada di Lebak... mungkin juga prioritas KB di Lebak juga tidak tinggi... jadi KB itu nomor sekian...." (P2)

"Sejak tahun 2007 ada dana dari pemda Lebak untuk KB, jadi yah berkesinambungan.. Kebijakan Bupati tentang program KB ini yah.. yang dipikirkan oleh pak Bupati itu bukan hanya KB saja 'kan, tapi semua sektor. Jadi dengan anggaran yang terbatas ya dibagi-bagi. Tapi dukungan terhadap program KB dari beliau selalu ada.. Jadi hubungan dengan pemerintah juga bagus, hanya itu, adanya keterbatasan dana...untuk jumlahnya ya fluktuatif, tergantung kondisi....kalau untuk dana bantuan dari pusat baik

itu DAK maupun bantuan dari pusat yang melalui BKKN Provinsi berkesinambungan, hanya saja jumlahnya fluktuatif...”(P1).

Sebagian besar informan menyatakan jumlah dana yang tersedia belum sesuai atau belum memadai untuk pelaksanaan program KB karena adanya keterbatasan dana. Bantuan untuk program KB sebagian besar didukung oleh dana dari Pusat, walaupun ada dari pemerintah daerah Kabupaten Lebak tapi proporsinya lebih kecil. Hal ini bisa dilihat dari bantuan untuk sarana dan prasarana KB yang sebagian besar didukung oleh DAK. Bantuan untuk kegiatan operasional program KB juga masih tergantung dari pusat karena bantuan dari pemerintah daerah masih minim. Berikut petikan pernyataannya:

“.....sebetulnya kalau namanya otonomi daerah itukan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah tapi karena keterbatasan ya seadanyalah. jadi pada dasarnya jumlah dana bantuan untuk KB di Lebak ya masih banyak dari pusat....” (P1)

“... karena alatnya sebagian besar masih di-cover dari APBN...kalau APBD yah mungkin ada” (P2)

“....jadi baik penyediaan alokon maupun untuk biaya operasional kegiatan KB masih di-support oleh pusat... dan selain itu juga untuk mendukung sarana dan prasarana KB masih di-support dari pusat yaitu melalui DAK,” (P3)

“...Kalau dari BKKBN Provinsi bantuannya uang juga ada, dan juga alat kontrasepsi,kalau DAK ya itu fungsinya yah untuk tahun 2009 untuk mobil pelayanan....tahun 2008 untuk motor....dan lain-lain...(P1)

Menurut sebagian informan bantuan dari pemda Kabupaten Lebak kontribusinya lebih besar dari bantuan APBN yang melalui BKKBN provinsi. Selain itu bantuan untuk alat kontrasepsi yang berasal dari APBD Kabupaten Lebak juga cukup besar yaitu mencapai 1 miliar. Hal ini bisa dilihat saat penyelenggaraan kegiatan MURI yang dalam 1 hari mampu menyediakan pelayanan implant mencapai 5000 peserta. Berikut petikan pernyataannya:

“...Sejak OTDA ini kan otomatis dipegang Pemerintah Daerah, tapi masih ada bantuan dari pemerintah pusat. Bantuan dari BKKBN pusat juga masih. Pemda iya. Tapi

anggaran kalau lihat sih lebih besar ke APBD dibandingkan APBN yang melalui BKKBN Provinsi. APBN paling 300 juta yang melalui BKKBN Provinsi. Kalau dari APBD kan lebih dari 1 miliar. Dua tahun terakhir ini, semenjak 2008 masih segitu ya. 1 miliar dana itu untuk alkon (alat kontrasepsi) saja. Untuk dana operasional di luar itu masih ada lagi ya untuk peserta PLKBnya sekitar antara 100-200 juta. Tiap tahun selama ini yang saya lihat masih. Mulai sejak OTDA. 1 miliar ini mulai tahun 2008 konsisten terus. Bantuan dari APBD ya dengan nominal yang fluktuatif lah, kadang-kadang naik, kadang-kadang turun.. .”(P5)

”....bantuan dari APBD Kabupaten Lebak juga ada ya, itu kita bisa liat waktu MURI kemarin dalam satu hari bisa memberi pelayanan implan sampai 5000 orang, ya itu alatnya banyak dibantu dari APBD. Bantuannya mencapai 1 miliar untuk alokon tersebut....” (P1)

Menurut informan penggunaan DAK sudah diatur dalam petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis. Selain itu penggunaan DAK juga diatur berapa persentase kontribusi Pemerintah Daerah terhadap dana DAK tersebut. Berikut petikan pernyataannya:

“...Pengadaan program sarana dan prasarana dari DAK ada petunjuk teknisnya dari BKKBN Pusat. Jadi sekian persen untuk motor, sekian persen untuk laptop, sekian persen untuk BKB KIT, dan sebagainya, sudah ada di situ, sekian persen kontribusi dari bupati, untuk DAK ...”(P1)

Menurut informan pelaksanaan program, termasuk program KB, mengalami hambatan karena keterbatasan anggaran dimana APBD Kabupaten Lebak masih sangat rendah. Oleh karena itu dibutuhkan dukungan atau bantuan dana yang cukup. Selain itu fokus pembangunan daerah Kabupaten Lebak pada saat ini lebih diprioritaskan ke pembangunan infrastruktur yang menyerap hampir 40% dana APBD. Berikut petikan pernyataannya:

“...intinya kendala kita masih ada di anggaran... karena kita merupakan penghasil anggaran yang sangat rendah... secara otomatis program-program yang dibutuhkan baik itu dari pusat maupun daerah terganggu.... Karena diperlukan sokongan anggaran yang cukup.... kalau dari APBD kita tergantung program dan kemampuan anggaran.... Saat ini fokus kita yah masih di infrastruktur. Hampir 40% APBD kita untuk itu.. sehingga mau tidak mau anggaran tersedot ke situ ...” (P 7)

Berdasarkan telaah dokumen bantuan untuk program KB pada 2008 dan 2009 berasal dari APBN melalui BKKBN Provinsi dan DAK serta APBD Kabupaten Lebak. Pada 2008 disebutkan bahwa jumlah anggaran untuk BP2KBMPD sebesar Rp 6,9 miliar dan untuk program kependudukan dan keluarga berencana sebesar Rp 2,61 miliar. Kemudian pada 2009 disebutkan bahwa jumlah anggaran untuk BP2KBMPD sebesar Rp 8,59 miliar dan untuk program kependudukan dan keluarga berencana sebesar Rp 2,92 miliar. Pada 2008 dan 2009 dana APBD Kabupaten Lebak untuk program KB masing-masing sebesar Rp 663,9 juta dan Rp 1.2 miliar.

Dana APBN untuk program KB pada 2008 melalui BKKBN Pusat yang disalurkan ke BKKBN Provinsi Banten sebesar Rp 11.98 miliar dan yang dialokasikan untuk Kabupaten Lebak sebesar Rp.535,8 juta. Tahun berikutnya dana APBN untuk Program KB melalui BKKBN Pusat yang disalurkan ke BKKBN Provinsi Banten sebesar Rp 11.9 miliar dan yang dialokasikan untuk Kabupaten Lebak sebesar Rp.286.6 juta.

Dana Alokasi Khusus Program KB yang berasal dari pemerintah pusat pada 2008 ke Provinsi Banten sebesar Rp 3.856 miliar dan yang dialokasikan ke Kabupaten Lebak sebesar Rp 1.409 miliar. Setahun kemudian, DAK Program KB yang berasal dari Pemerintah Pusat ke Provinsi Banten sebesar Rp 4,208 miliar dan yang dialokasikan ke Kabupaten Lebak sebesar Rp 1,182 miliar. Pencairannya langsung dari pemerintah pusat (Menteri Keuangan) kepada pemerintah kabupaten/Kota.

Tabel 5.13. Alokasi DAK Untuk Program KB di Kabupaten Lebak Tahun 2008

No	Kegiatan	Jumlah anggaran
1.	Pengadaan sarana Penunjang Operasional KB Keliling Roda Dua sebanyak 54 buah	Rp 832.648.550
2.	Pengadaan Mobil Unit Penerangan KB (DAK)	Rp 572.250.100
3.	Pengadaan sarana pelayanan Klinik KB	Rp 198.598.550.

Tabel 5.14. Alokasi DAK untuk Program KB di Kabupaten Lebak Tahun 2009

No.	Kegiatan	Jumlah Anggaran
1.	Pengadaan 1 unit Mobil Pelayanan KB	Rp 496,967,750
2.	Kegiatan Pengadaan Sarana dan Prasarana pelayanan KB.	Rp 651.282.000
3.	Pengadaan BKB KIT terdiri dari 100 unit APE (Alat Permainan Edukatif), 100 buku Materi dan Media BKB (Kartu Kembang Anak, Buku/Panduan Materi Penyuluhan, lembar balik, Modul BKB dan tas BKB),	Rp 120.000.000

Pada 2008 dan 2009 tidak ada bantuan dari APBD Provinsi Banten untuk pelaksanaan Program KB di Lebak. Ketiadaan bantuan dari donor luar negeri baik berupa dana maupun alat/obat kontrasepsi terjadi sejak 2004.

Pada 2009, dari APBD Pemda Kabupaten Lebak mengalokasikan Rp 1.224.217.000 untuk Program KB, namun dari jumlah tersebut sebesar 1 miliar dialokasikan untuk alat kontrasepsi dalam rangka memecahkan rekor Muri untuk penggunaan kontrasepsi hingga 5000 implan dalam 1 hari di seluruh Indonesia.

Dana Alokasi Khusus (DAK) dialokasikan untuk pembangunan fisik seperti mobil pelayanan, mobil penerangan, motor, BKB Kit, dan lain-lain. Untuk kegiatan operasional yang seharusnya bersumber dari APBD Pemda Lebak, sampai saat ini masih bergantung pada dana dari pusat melalui BKKBN Provinsi. Jadi, sumber dana untuk program KB pada 2008 dan 2009 berasal dari APBN melalui BKKBN Provinsi dan DAK serta APBD Pemda kabupaten Lebak.

Pada 2008 disebutkan bahwa jumlah anggaran di BP2KBMPD Kabupaten Lebak untuk pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak sebesar 57,55% bersumber dari dana pusat yaitu DAK sebesar 54,01%, dana yang melalui BKKBN Provinsi sebesar 20,54%, dan sebesar 25,45% berasal dari APBD Pemda Kabupaten Lebak.

Tahun berikutnya disebutkan bahwa jumlah anggaran di BP2KBMPD Kabupaten Lebak untuk pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak sebesar 50,30% bersumber dari dana pusat yaitu DAK sebesar 40,48%, dana yang melalui BKKBN Provinsi sebesar 9,82%, dan 49,70% berasal dari APBD Pemda Kabupaten Lebak. Jadi

pada 2008 dan 2009 sebagian besar dana pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak bersumber dari pusat.

5.6. Pencapaian Target Hasil Program KB

Sebagian besar informan menyatakan bahwa pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak belum mencapai hasil sesuai dengan target yang diharapkan, baik dari perolehan laju pertumbuhan penduduk, angka kelahiran (TFR), *unmet need*, maupun prevalensi penggunaan kontrasepsi (CPR). Menurut para informan hal ini disebabkan adanya keterbatasan dana, keterbatasan jumlah tenaga PLKB, dan juga adanya struktur organisasi KB yang digabung dengan beberapa program lain. Berikut petikan pernyataannya:

“...pencapaiannya dibilang cukup ya cukup,...tidak optimal... ya tapi juga tidak minimal, ya kita memang belum mencapai hasil sesuai target... karena itu tadi.. dana kita yang terbatas, tenaga lapangan kita yang terbatas dan semakin berkurang, dan juga struktur organisai kita yang digabung dengan program lain. Hal itu juga menyebabkan pelaksanaan program KB kita kurang efektif sehingga hasilnya tidak optimal....” (P1)

“.....Dalam beberapa hal sudah tercapai seperti pencapaian jumlah akseptor aktif, tapi beberapa hal seperti laju pertumbuhan penduduk belum mencapai target. Jadi dengan kata lain masih belum maksimal...” (informan 4).

“... di Lebak ini unmet need-nya masih tinggi.. ...” (informan 9).

“... LPP di sini mengalami kenaikan terus menerus..dari tahun ke tahun..” (informan 5).

“..untuk prevalensi penggunaan kontrasepsi kita belum mencapai target, baru sekitar 64% lah.....” (informan 8).

Berdasarkan telaah dokumen hasil yang telah dicapai oleh Kabupaten Lebak dalam pelaksanaan program KB tahun 2008 dan 2009 adalah sebagai berikut:

- Untuk TFR pada 2007 mencapai 2,6 dan angka tersebut mengalami stagnasi sampai dengan 2009.

- *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) pada 2008 sebesar 71,24% namun mengalami penurunan pada 2009 menjadi sebesar 66,73%.
- Laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Lebak pada 2007 berada pada angka 1,72% dan kemudian naik menjadi 1,74% pada 2008 dan tahun berikutnya menjadi 1,98%. Angka ini lebih tinggi dari angka laju pertumbuhan penduduk nasional yaitu 1,3%.
- *Unmet need* pada 2008 mencapai 23,73% dan menjadi 23,89% pada 2009.
- Berdasarkan hasil wawancara dan telaah dokumen pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak belum mencapai hasil sesuai dengan target yang diharapkan. Hal ini bisa diartikan bahwa selama kurun waktu 2008-2009 hasil pencapaian program KB belum mencapai target, dan cenderung mengalami penurunan. Ini bisa dilihat dari *Total Fertility* yang cenderung stagnan, laju pertumbuhan penduduk cenderung meningkat, serta angka *unmet need* cenderung meningkat. Selain itu angka penggunaan kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) cenderung mengalami penurunan walaupun perolehannya hampir mencapai angka ideal. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan dana, keterbatasan jumlah dan kompetensi PLKB, dan juga adanya struktur organisasi KB tidak memadai karena digabung dengan beberapa program lain.

BAB VI PEMBAHASAN

6.1. Struktur Birokrasi

6.1.1. Struktur Organisasi

Menurut Rodinelli (1983) dalam Nurcholis (2007) bahwa keberhasilan atau kegagalan kebijakan desentralisasi dipengaruhi oleh beberapa faktor misalnya dukungan organisasi pemerintahan yang mampu menjalankan kebijakan desentralisasi secara efektif.

Menurut Merillie S. Grindle (1997) dalam Ramses Andy dan La bakry (2009), dalam rangka untuk mewujudkan tujuan pemberian otonomi daerah maka yang perlu dilakukan adalah mengoptimalkan peran mereka dengan melakukan apa yang disebut sebagai “*capacity building*” yaitu dengan memperkuat organisasi agar dapat bekerja lebih baik.

Memperkuat organisasi ini dapat dilakukan apabila organisasi yang telah dibangun sudah sesuai dengan kebutuhan. Kalau belum sesuai maka harus dibangun organisasi yang baru. Sebab suatu organisasi harus bersifat fleksibel, dalam arti mampu menyesuaikan diri dengan perkembangan lingkungan/masyarakat dan kebutuhan masyarakat. Selain itu organisasi harus mampu memberikan pelayanan secara maksimal terhadap lingkungannya. Dengan kata lain suatu organisasi haruslah proporsional dengan realitas kebutuhan lingkungannya. Selain itu strukturnya tidak boleh menjadi terlampaui kecil, sehingga tidak mampu memberikan pelayanan yang baik dan maksimal.

Berdasarkan hasil penelitian, struktur organisasi di BP2KBMPD Kabupaten Lebak terbentuk berdasarkan Perda No.11 tahun 2007 dan sesuai dengan PP No.41 tahun 2007 tentang organisasi perangkat daerah. Walaupun struktur organisasi di BP2KBMPD telah sesuai dengan PP41/2007, namun masih menimbulkan kendala dalam pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak karena tidak fokus dan kurang efektif, dan pada akhirnya hasil dari program KB menjadi tidak optimal. Hal ini karena dalam satu badan terdapat 4 (empat) bidang urusan, yaitu Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan, Masyarakat, dan Pemerintahan Desa.

PP41/2007 pada prinsipnya dimaksudkan memberikan arah dan pedoman yang jelas kepada daerah dalam menata organisasi yang efisien, efektif, dan rasional sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan daerah masing-masing. Namun sepertinya aturan ini seringkali diterjemahkan sesuai selera pemerintah daerah. Oleh karena itu hendaknya struktur organisasi BP2KBMPD dapat diubah dan disesuaikan, sehingga dapat memberikan pelayanan KB yang optimal.

Dalam struktur organisasi BP2KBMPD terdapat 7 (tujuh bidang) namun hanya 2 (dua) bidang dan 2 (dua) subbidang yang menangani program KB, yaitu:

- 1) Bidang Keluarga Berencana/Kesehatan Reproduksi, membawahi subbidang Pelayanan KB/KR dan subbidang Perlindungan Remaja dan Hak-hak Reproduksi.
- 2) Bidang Keluarga Sejahtera dan Informasi Keluarga, membawahi subbidang Informasi dan Data Keluarga dan subbidang Pemberdayaan dan Ketahanan Keluarga.

Dalam Keputusan Presiden Nomor 103/2001 terdapat penjelasan tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera. Dengan dikeluarkannya PP No.38/2007 maka Pemerintah Daerah Kabupaten harus menyelenggarakan urusan-urusan dalam bidang Keluarga Berencana.

Berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 103/2001, struktur organisasi di BP2KBMPD Kabupaten Lebak belum mencakup:

- 1) Sub Sub Bidang Kebijakan dan Pelaksanaan Jaminan dan Pelayanan KB
- 2) Sub Sub Bidang Peningkatan Partisipasi Pria
- 3) Sub Sub Bidang Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi, serta Kelangsungan Hidup Ibu, Bayi dan Anak
- 4) Sub Sub Bidang Kebijakan dan Pelaksanaan KRR dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi
- 5) Sub Bidang Penguatan Pelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas
- 6) Sub Bidang Advokasi dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
- 7) Sub Bidang Informasi dan Data Mikro Kependudukan dan Keluarga
- 8) Sub Bidang Keserasian Kebijakan Kependudukan
- 9) Sub Bidang Pembinaan

Apabila kita melihat struktur organisasi lembaga KB di daerah Kabupaten/Kota pada era sentralistik, pelaksanaan program KB di daerah Kabupaten/Kota masih berdasarkan Kepmen PP/Kepala BKKBN No.70/ 2001. Kepmen tersebut menunjukkan bahwa struktur organisasi BP2KBMPD Kabupaten Lebak belum mencakup:

- 1) Bidang Analisis Program
- 2) Bidang Supervisi
- 3) Seksi Supervisi Program dan Ketenagaan,
- 4) Seksi Supervisi Umum, dan Kelompok Jabatan Fungsional Auditor
- 5) Seksi Partisipasi Pria
- 6) Seksi Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi dan Kelangsungan Hidup Ibu, Bayi dan Anak
- 7) Seksi Pengolahan Pelayanan Informasi dan Dokumentasi
- 8) Seksi Analisis dan Evaluasi Program
- 9) Seksi Pelaporan Statistik
- 10) Seksi Advokasi, Komunikasi, Informasi dan Edukasi,
- 11) Seksi Institusi dan Peran Serta,
- 12) Seksi Pemberdayaan Ekonomi Keluarga, dan
- 13) Seksi Pengembangan Ketahanan Keluarga dan Peningkatan Kualitas Lingkungan Keluarga.

Hal tersebut menunjukkan adanya kelemahan dalam struktur organisasi BP2KBMPD karena belum mencakup bidang-bidang yang menangani aspek- aspek penting dalam program Keluarga Berencana. Sehingga dampaknya pelaksanaan program KB akan tidak maksimal.

Struktur organisasi di BP2KBMPD juga belum mencakup Unit Pelaksana Teknis (UPT) di tingkat kecamatan, sehingga terjadi kebuntuan struktur organisasi di lini terdepan. Sebelum era otonomi daerah berdasarkan Kepmen PP/Kepala BKKBN No.70/2001, struktur organisasi BKKBN Kabupaten/Kota mencakup keberadaan PPLKB di tingkat kecamatan, sehingga tidak ada kebuntuan di lini terdepan.

Namun struktur organisasi BP2KBMPD di Kabupaten Lebak tidak mencakup keberadaan PPLKB, yang mempunyai tugas mengendalikan dan mengkoordinasikan

pelaksanaan program KB di lapangan sekaligus berfungsi sebagai atasan langsung PLKB. Dengan demikian, akan terjadi kebuntuan pelaksanaan program KB di lini terdepan dan tidak ada lagi yang mengawasi kinerja PLKB yang merupakan ujung tombak program KB. Hal ini akan menimbulkan hambatan dalam pelaksanaan program KB yang pada akhirnya akan berdampak pada pencapaian hasil program.

Selain itu dalam struktur organisasi BP2KBMPD Kabupaten Lebak belum diatur tentang keberadaan PKB sebagai tenaga fungsional, sehingga keberadaan PKB menjadi tidak jelas. Dalam PP41/2007 dijelaskan bahwa perangkat daerah yang didukung oleh kelompok jabatan fungsional, harus melakukan penyerasian dan rasionalisasi struktur organisasi. Penyerasian dan rasionalisasi dilakukan paling lama 1 (satu) tahun sejak peraturan daerah tentang organisasi perangkat daerah ditetapkan dan paling lama 1 (satu) tahun sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan

Namun dalam perangkat pemerintah daerah yaitu Perda No.11/2007 belum diatur secara jelas mengenai jabatan fungsional serta perangkat daerah yang lain seperti peraturan bupati. Belum ada satupun yang menjelaskan tenaga fungsional secara rinci. Seharusnya pada 2008 sudah ada peraturan itu, dan pada 2009 sudah diterapkan aturan mengenai jabatan fungsional tersebut.

Ketiadaan aturan akan melemahkan keberadaan dan melemahkan motivasi PKB, sehingga menyebabkan mereka mutasi ke instansi lain agar keberadaan dan jenjang karir mereka menjadi lebih jelas. Hal tersebut di atas pada akhirnya akan mempengaruhi jumlah tenaga lapangan Keluarga Berencana.

Garis vertikal atau hierarki struktural ke BKKBN Provinsi dan ke BKKBN Pusat sudah tidak ada lagi dalam struktur organisasi di BP2KBMPD Kabupaten Lebak. Hal ini menimbulkan kendala dalam hubungan atau koordinasi BP2KBMPD dengan BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi, baik dalam pembinaan pegawai maupun dari segi anggaran.

Selain itu kendala lain adalah jalur birokrasi yang lebih panjang, adanya hambatan komunikasi, serta berkurangnya peran pembinaan dan pengawasan dari BKKBN Pusat maupun BKKBN Provinsi karena hambatan dalam memberikan tindakan ketika tidak tercapainya target hasil.

Meskipun demikian, dalam sistem pemerintahan otonomi daerah, tetap berlangsung proses pembinaan terhadap pemerintah daerah karena dalam PP41/2007 juga dijelaskan bahwa pembinaan dan pengendalian organisasi dalam Peraturan Pemerintah ini termasuk penerapan koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi antar daerah dan antar sektor. Dengan begitu, masing-masing pemerintah daerah tetap taat asas dan taat norma dalam penataan kelembagaan perangkat daerah. Dalam hal ini pemerintah dapat membatalkan peraturan daerah tentang perangkat daerah yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan dengan konsekuensi pembatalan hak-hak keuangan dan kepegawaian serta tindakan administratif lainnya.

Dalam pelaksanaan pembinaan dan pengendalian organisasi perangkat daerah, pemerintah senantiasa melakukan fasilitasi melalui asistensi, pemberian arahan, pedoman, bimbingan, supervisi, pelatihan, serta kerja sama. Hal ini untuk menjaga agar sinkronisasi dan simplifikasi dapat tercapai secara optimal dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Jadi proses pembinaan dan pengawasan program KB di daerah tetap berjalan. Perbedaannya hanya pada pendekatan yang digunakan yang lebih bersifat fasilitasi.

Dengan demikian, diterapkannya sistem otonomi daerah akan menumbuhkan kesadaran dan kemandirian Pemerintah Daerah untuk menyelenggarakan Program KB. Penyelenggaraan ini tetap dalam pembinaan dan pengawasan dari pemerintah Pusat dalam rangka menjaga dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan program KB.

6.1.2. Pedoman Tata Laksana (SOP)

Menurut Edwards (1980) dalam Nawawi (2009) dan Agustino (2008) mekanisme implementasi kebijakan yang ditetapkan melalui *Standard Operating Procedure* (SOP) merupakan bagian yang penting dalam struktur birokrasi. Secara umum, SOP merupakan gambaran langkah-langkah kerja (sistem, mekanisme dan tata kerja internal) yang diperlukan dalam pelaksanaan suatu tugas untuk mencapai tujuan instansi pemerintah.

SOP sebagai suatu dokumen/instrumen memuat tentang proses dan prosedur suatu kegiatan yang bersifat efektif dan efisien berdasarkan suatu standar yang sudah baku. Tujuan SOP adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh

satuan unit kerja instansi pemerintahan untuk mewujudkan *good governance*. SOP tidak saja bersifat internal tetapi juga eksternal, karena SOP selain dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi publik, juga dapat digunakan untuk menilai kinerja organisasi publik di mata masyarakat berupa responsivitas, tanggung jawab, dan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah.

Sebagai suatu instrumen manajemen, SOP berlandaskan pada sistem manajemen kualitas (*quality management system*), yakni sekumpulan prosedur terdokumentasi dan praktek-praktek standar untuk manajemen sistem yang bertujuan menjamin kesesuaian dari suatu proses dan produk (barang dan/atau jasa) terhadap kebutuhan atau persyaratan tertentu.

Berdasarkan penelitian, belum ada peraturan yang mengatur secara jelas dan rinci tentang tata laksana kegiatan program KB di Kabupaten Lebak dan ini menimbulkan hambatan dalam pelaksanaan program KB.

Pada era sentralistik, semua hal mengenai Organisasi dan Tata Kerja Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional di Kabupaten/Kota diatur secara jelas dalam Kepmen PP/Kepala BKKBN No.70/2001. Dengan demikian, pelaksanaannya akan lebih terarah, dan mencapai hasil yang maksimal.

Selain itu yang menjadi kendala dalam mengaplikasikan pedoman tersebut adalah kurangnya tenaga lapangan, dan terbatasnya anggaran untuk pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak. Hal ini karena belum adanya peraturan yang mengatur tentang tata laksana program KB sehingga kemungkinan akan menerapkan Kepmen No.70/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Tentu saja hal ini akan menimbulkan kesulitan dan hambatan dalam pelaksanaan program KB tersebut, karena seharusnya didukung dengan tenaga lapangan yang mencukupi, anggaran yang tepat dan memadai, serta memiliki struktur organisasi yang terdiri dari bidang-bidang yang mewakili semua kebutuhan program KB.

Dengan belum tersedianya SOP di BP2KBMPD, maka tidak ada standar baku yang mengatur agar proses pelayanan terkoordinasi dan terkendali dengan baik. Akibatnya, pelayanannya menjadi kurang efektif dan efisien dan tidak dapat mencapai hasil yang maksimal. Untuk itu, dibutuhkan perangkat pedoman Tata Laksana (SOP)

yang diatur secara jelas dalam peraturan bupati, serta adanya petunjuk pelaksanaan (juklak) maupun petunjuk teknis (juknis) yang menjelaskan secara rinci apa yang harus dilakukan dalam pelaksanaan program KB.

6.1.3. Koordinasi Antar Instansi

Menurut Mazmanian (1983) dalam Subarsono (2005) dan Agustino (2008) keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana termasuk variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi.

Hasil penelitian menunjukkan adanya koordinasi yang terjalin antar berbagai instansi. Namun koordinasi yang terjalin ini lebih bersifat momentum. Selain itu terjadi penurunan intensitas koordinasi dengan unsur masyarakat seperti tokoh agama dan kader yang mempengaruhi pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak.

Idealnya, dalam era otonomi daerah ini dibutuhkan koordinasi yang kuat, karena kunci keberhasilan pelaksanaan program KB adalah koordinasi dan pemberdayaan masyarakat. Apabila pelaksanaan program hanya dibebankan kepada pemerintah daerah maka akan menjadi berat sehingga banyak keterbatasan, yang pada akhirnya hasilnya tidak maksimal.

Oleh karena itu dibutuhkan adanya koordinasi antar instansi yang kuat, dan pemberdayaan masyarakat secara optimal dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak.

6.2. Sumber Daya Manusia

Menurut Rodinelli (1983) dalam Nurcholis (2007), keberhasilan atau kegagalan kebijakan desentralisasi dipengaruhi oleh tersedia atau tidaknya sumber daya yang memadai, termasuk sumber daya manusia. Adapun menurut Rasyid (2009) dalam Ramses Andy dan La bakry (2009), keberhasilan pelaksanaan otonomi daerah yang luas dan utuh memerlukan berbagai kemampuan dari para pelaksananya.

Inisiatif pemerintah daerah untuk mengupayakan tersedianya aparat yang profesional, dari segi kapabilitas, integritas, moralitas dan etika yang tinggi, merupakan suatu keharusan. Kebijakan yang demikian ini setidaknya perlu mencerminkan dua aspek utama, yakni aspek substansial dan aspek prosedural.

Sementara Merillie S. Grindle (1997) dalam Ramses Andy dan La Bakry (2009), menyatakan untuk mewujudkan tujuan pemberian otonomi daerah maka yang perlu dilakukan adalah mengoptimalkan peran mereka dengan melakukan apa yang disebut dengan “*capacity building*”. Hal ini dilakukan dengan mengembangkan sumber daya manusia agar memiliki kemampuan baik profesional maupun teknis untuk mengemban peran atau fungsi secara efektif dan efisien.

Sejalan dengan kewenangan besar yang diberikan kepada Pemerintah Kabupaten/Kota, salah satu masalah pelik yang dihadapi program KB saat ini adalah melemahnya jaringan dan mekanisme pengelolaan program KB di daerah, khususnya di tingkat lini lapangan.

Di masa lalu, jaringan, mekanisme dan dukungan tenaga program di tingkat lapangan sangatlah kuat, dan keberhasilan program KB sebagian besar didukung oleh keberhasilan BKKBN dalam membina ujung tombak pelaksanaan program di lini lapangan. Dalam era otonomi daerah ini, nampaknya banyak tenaga yang tadinya bertugas di lapangan seperti Petugas Lapangan KB, Penyuluhan KB (PKB), dan para Pengawas PLKB (PPLKB) tidak lagi bekerja di tempat semula karena telah dimutasikan atau bekerja untuk urusan yang lain.

Saat ini diperkirakan sekitar 25% sampai 35% dari petugas lapangan ini tidak lagi bekerja untuk program KB. Fenomena ini tentu saja sangat melemahkan efektifitas pelaksanaan program KB dalam era desentralisasi saat ini. Rasio ideal tenaga PLKB adalah 1:2, namun di Kabupaten Lebak saat ini jumlah itu jauh dari ideal.

PKB/PLKB adalah petugas KB yang berkedudukan di desa/kelurahan dengan tugas, wewenang, dan tanggung jawab melakukan kegiatan penyuluhan, penggerakan, pelayanan, evaluasi, dan pengembangan program KB serta kegiatan program pembangunan lainnya yang ditugaskan oleh pemerintah daerah di wilayah kerjanya.

Dengan adanya ketidaksesuaian rasio PKB/PLKB dengan jumlah desa, maka tugasnya bertambah berat, dan ini berpengaruh kepada efektifitas pelayanan program. Sedangkan PPLKB berkedudukan di tingkat kecamatan dan bertugas mengendalikan dan mengkoordinasikan pelaksanaan program KB di lapangan sekaligus berfungsi sebagai atasan langsung PLKB.

Suksesnya Gerakan KB sebagai primadona pembangunan dalam tiga dasawarsa tidak terlepas dari peran dan kerja keras PLKB/PKB. Mereka merupakan ujung tombak yang handal di lini lapangan baik dalam merangkul/mengajak akseptor baru maupun dalam membina kelestarian KB di Kabupaten Lebak.

Berdasarkan penelitian, terdapat penurunan jumlah PKB/PLKB karena mutasi ataupun pensiun dan sejak 2006 sudah tidak ada lagi PPLKB di tingkat kecamatan. Dalam kurun 2006-2009, terjadi pengurangan PKB/PLKB sebanyak 43 orang, dan sebagian besar disebabkan oleh adanya mutasi atau berpindah ke instansi lain baik karena promosi ke jabatan yang lebih tinggi, beralih tugas dan dialihtugaskan, maupun karena pensiun.

Jadi, pada 2009 jumlah petugas lapangan KB/PKB mengalami penurunan sehingga jumlahnya kini menjadi 79 orang. Maka rasio terhadap PLKB/PKB adalah 1 PLKB/PKB: 4-5 desa. Akibatnya, terjadi ketidaksesuaian rasio PKB/PLKB dengan jumlah desa, karena rasio ideal adalah 1:1.

Penelitian yang dilakukan menunjukkan penurunan jumlah PKB/PLKB ini tidak diimbangi dengan rekrutmen untuk tenaga PLKB baru. Namun sejak dikeluarkannya PP38/2007 dan PP41/2007, yang menyatakan bahwa Program Keluarga Berencana termasuk dalam urusan wajib, maka berbagai upaya advokasi dari berbagai pihak untuk penambahan jumlah tenaga PKB/PLKB kembali dilakukan. Hasilnya, pada tahun 2010 Kabupaten Lebak mendapat tambahan tenaga PKB/PLKB sebanyak 2 orang.

Selain itu, masalah sangat penting yang dialami oleh pengelola program dalam era otonomi daerah saat ini berkaitan dengan kompetensi sumber daya manusia. Akibat sistem sentralistik yang berlangsung hampir lima puluh tahun, aparat pengelola program di daerah begitu terbiasa memperoleh arahan, petunjuk, maupun pedoman dari pusat. Hal ini menyebabkan kurang memadainya kompetensi, khususnya dari isi teknis, yang dimiliki oleh pengelola program di kabupaten/kota.

Penelitian juga menemukan bahwa semua PKB/PLKB sudah mendapat pelatihan dan pembinaan, karena PKB/PLKB yang ada di Kabupaten Lebak adalah petugas yang sudah lama bertugas. Dengan kata lain, kompetensi tenaga PLKB selama era otonomi daerah merupakan warisan dari kompetensi mereka selama menjadi tenaga PLKB saat era sentralistik.

Namun jenis pelatihan yang mereka terima masih terbatas, dan penyelenggaraan pelatihan/pembinaan untuk PLKB masih bergantung pada BKKBN Provinsi. Idealnya ada kemandirian dari Pemda Kabupaten Lebak untuk menyelenggarakan pembinaan/pelatihan bagi PLKB, agar kompetensi tenaga PKB/PLKB semakin berkualitas.

Berdasarkan hasil penelitian, penyelenggaraan pembinaan/pelatihan PKB/PLKB masih dalam serba keterbatasan. Baik keterbatasan jenis pelatihan, jumlah pelatihan, kapasitas tenaga lapangan yang dilatih, maupun kualitas dari pelatihan/pembinaan tenaga PKB/PLKB.

Dengan alasan keterbatasan dana, saat ini kualitas materi pelatihan yang diberikan semakin menurun, karena beberapa materi yang seharusnya diberikan ada yang dikurangi. Selain itu, kondisi lingkungan pelatihan sudah tidak kondusif karena ketidaksesuaian jumlah materi yang diberikan dengan kondisi waktu pelatihan yang sangat terbatas.

Pada dasarnya, PKB/PLKB wajib mengikuti LDU atau Latihan Dasar Umum. Seorang tenaga PKB/PLKB seharusnya juga dilatih lagi dengan pelatihan teknis untuk meningkatkan kompetensi mereka. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa permasalahan kompetensi PLKB Kabupaten Lebak, mempengaruhi efektifitas pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak. Selain itu, juga karena Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak tidak mandiri dan inovatif dalam hal penyelenggaraan pelatihan dasar dan pelatihan teknis, dan masih mengandalkan penyelenggaraan pelatihan yang diadakan oleh Pusat ataupun Provinsi.

Tingkat kompetensi PKB/PLKB juga dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan mereka. Berdasarkan hasil penelitian, kompetensi PKB/PLKB belum berkualitas karena latar belakang pendidikan PKB/PLKB di Kabupaten Lebak masih rendah. Meski sebagian besar latar belakangnya adalah SMA dan Strata 1 (S1), masih ada tenaga PKB/PLKB yang latar belakang pendidikannya SD.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dampak menurunnya jumlah dan kompetensi tenaga PLKB tidak hanya sekedar tidak kondusifnya pelaksanaan program KB. Hal ini juga berdampak pada mundurnya program KB dan mengendurnya

penggerakan masyarakat untuk meningkatkan pencapaian kesejahteraan masyarakat, yang merupakan target pencapaian program KB.

Hal ini dapat dilihat dari angka *unmet need* yang tidak sesuai target. Data yang masuk ke BKKBN Pusat dari Kabupaten/Kota melalui BKKBN Provinsi juga masih diragukan keakuratannya. Ditambah pemahaman dan kemampuan dari petugas lapangan dalam proses pencatatan dan pelaporan tentang kepesertaan KB juga diragukan.

Tidak tersedianya tenaga PKB/PLKB, baik dalam jumlah maupun kompetensi, mempengaruhi efektifitas pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak dan menyebabkan tidak tercapainya target hasil program KB.

Oleh karena itu perlu adanya keharusan dari pemerintah daerah untuk mengupayakan tersedianya aparat yang profesional, sehingga pelaksanaan Program KB menjadi efektif dan mencapai target hasil yang diharapkan.

6.3. Ketepatan Alokasi Anggaran

Indiahono (2009), menyatakan bahwa salah satu faktor penting yang mempengaruhi keberhasilan desentralisasi adalah adanya penyerahan sumber dana dalam paradigma penganggaran publik.

Program KB adalah salah satu pelayanan sosial dasar yang hasilnya baru dapat “dipetik” dalam jangka waktu lama. Dengan kata lain, tidak seperti pembangunan di bidang fisik yang hasilnya langsung kelihatan, program pelayanan sosial dasar seperti kesehatan, pendidikan dan termasuk program KB hasilnya baru “kelihatan” kemudian.

Masalah umum yang tidak jarang terjadi adalah bahwa Bupati atau Walikota terlalu mementingkan pembangunan di bidang fisik (karena hasilnya segera kelihatan) dan kurang memperhatikan pembangunan yang sifatnya non-fisik. Berkaitan dengan hal inilah acapkali program-program pembangunan sosial dasar, termasuk KB, kurang memperoleh perhatian dari pemerintah Kabupaten/Kota sehingga mereka tidak atau kurang memberikan dukungan anggaran untuk program-program semacam ini, dan masih mengharapkan bantuan dana “dekonsentrasi” dari Pemerintah Pusat.

Berdasarkan hasil penelitian dokumen, sumber dana untuk pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak berasal dari dana Pusat berupa Dana Alokasi Khusus (DAK), dana yang melalui BKKBN Provinsi, serta dana yang berasal APBD Kabupaten Lebak

dan tidak ada dana bantuan dari APBD Provinsi dan dana bantuan luar negeri. Dana bantuan tersebut sifatnya berkesinambungan dengan jumlah yang fluktuatif.

Dana Alokasi Khusus (DAK) dialokasikan untuk pembangunan fisik, seperti mobil pelayanan, mobil penerangan, motor, BKB Kit, dan lain-lain. Dana untuk kegiatan operasional seharusnya bersumber dari APBD Pemda Lebak. Namun berdasarkan hasil penelitian, Kabupaten Lebak masih bergantung pada dana dari pusat yang melalui BKKBN Provinsi. Meskipun ada kontribusi dari APBD Kabupaten Lebak, tetapi jumlahnya masih sangat minim.

Dari seluruh dana yang ada di BP2KBMPD Kabupaten Lebak, yang merupakan badan yang menggabungkan 4 bidang program yaitu Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, Masyarakat Desa, dan Pemerintahan Desa, dana yang dialokasikan untuk Program KB pada 2008 sebesar 37,57% dan sebesar 34,01% pada tahun berikutnya.

Jadi pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak pada 2008 dan 2009 sebagian besar menggunakan dana yang bersumber dari pusat. Meskipun demikian, penelitian menunjukkan adanya peningkatan bantuan dana APBD untuk program KB, yaitu dari 25,45% pada 2008 menjadi sebesar 49,70% pada 2009.

Penelitian menunjukkan bahwa jumlah dana yang tersedia belum sesuai atau belum memadai untuk pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak. Hal ini karena keterbatasan dana baik dana APBN maupun dana APBD Kabupaten Lebak. Akibatnya, pelaksanaan Program KB menjadi terbatas dan tidak efektif sehingga berpengaruh terhadap pencapaian target hasil program KB.

Indiahono (2009) menyatakan bahwa kunci dari penganggaran publik adalah kemauan dan komitmen pemerintah untuk peduli kepada warga negara dalam hal mengalokasikan uang negara demi terpenuhinya kepentingan dan kebutuhan publik. Komitmen ini harus benar-benar diaplikasikan dan bukan hanya ide dan impian semata.

Oleh karena itu perlu ada komitmen yang kuat dari pemerintah daerah terhadap Program KB dan menjadikan program KB sebagai program prioritas dalam pembangunan daerah Kabupaten Lebak.

6.4. Pencapaian Target Hasil

Menurut Rodinelli (1983) dalam Nurcholis (2007) keberhasilan atau kegagalan kebijakan desentralisasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

- (1) Derajat komitmen politik dan dukungan administrasi yang diberikan terutama oleh pemerintah pusat dan elit serta masyarakat daerah itu sendiri.
- (2) Sikap, perilaku, dan budaya masyarakat terhadap kebijakan desentralisasi.
- (3) Dukungan organisasi pemerintahan yang mampu menjalankan kebijakan desentralisasi secara efektif dan efisien.
- (4) Tersedianya sumberdaya yang memadai: manusia, keuangan, dan infrastruktur.

Menurut Merillie S. Grindle (1997) dalam Ramses Andy dan La Bakry (2009), “*capacity building*” harus mencakup tiga dimensi. *Pertama*, pengembangan SDM agar memiliki kemampuan profesional dan teknis untuk mengemban peran atau fungsi secara efisien dan efektif. *Kedua*, memperkuat organisasi agar dapat bekerja lebih baik, atau suatu organisasi yang “*workable*” atau “*doable*”. *Ketiga*, reformasi institutional yaitu reformasi institusi dimana individu-individu dan organisasi berada untuk menciptakan kondisi yang kondusif bagi bekerjanya individu dan organisasi secara efektif dan efisien.

Pendek kata, makro struktur yang melingkupi sistem politik yang berada di daerah harus dibangun kembali untuk mendukung bekerjanya orang-orang dan organisasi-organisasi yang ada di dalamnya untuk mewujudkan tujuan pemberian otonomi daerah.

Kalau semua aspek yang dikemukakan di atas diperhatikan, maka politik lokal akan berjalan dengan baik dan pada gilirannya akan bekerja dan tujuan otonomi daerah akan terwujud dengan baik pula.

Syarief (2009), menyatakan bahwa agar implementasi kebijakan KB dapat memberdayakan masyarakat, ada beberapa hal yang harus dilakukan, antara lain peningkatan kapasitas organisasi dan peningkatan pemahaman pejabat dan pelaksana program KB. Agar lebih efektif, perlu juga diadakan penyediaan barang dan jasa. Selain itu perlu dipilih orang yang tepat yang memiliki kualifikasi dan kompetensi terhadap kebijakan yang akan dilaksanakan

Program KB adalah salah satu program sosial dasar yang sangat penting artinya bagi upaya peningkatan SDM yang tangguh di masa depan, yang menjadi prasyarat kemajuan dan kemandirian bangsa.

Terwujudnya keluarga-keluarga yang berkualitas akan membangun generasi baru sumber daya pembangunan yang tangguh dan mandiri, serta mampu berkompetisi dengan bangsa-bangsa lain di dunia, khususnya dalam era globalisasi dan persaingan bebas saat ini.

Di era sentralistik, program KB di seluruh wilayah Indonesia ditangani dan dikomandoi oleh badan khusus yang menangani KB, yaitu BKKBN. Hal ini secara kuantitatif dapat ditunjukkan dari keberhasilan dalam upaya pengendalian laju pertumbuhan penduduk nasional.

Pada sisi lain, keberhasilan program KB di Indonesia telah pula diakui oleh dunia internasional, terbukti dari ditetapkannya Indonesia sebagai salah satu “*Center of Excellence*” di bidang kependudukan dan keluarga berencana.

Namun setelah era otonomi daerah diterapkan, penanganan masalah KB dilakukan secara parsial sehingga memperlemah upaya penanggulangan masalah KB dan dapat berakibat semakin beratnya beban pembangunan Indonesia. Berdasarkan hasil Rakernas Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana tahun 2010, bahwa selama kurun 2005-2009 *Total Fertility Rate* (TFR) cenderung stagnan dan terdapat kesenjangan antar provinsi yang cukup besar, dan angka *Unmet Need* KB cenderung meningkat.

Berdasarkan penelitian terlihat bahwa pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak pada era otonomi daerah belum mencapai hasil sesuai dengan target yang diharapkan yaitu peningkatan kualitas keluarga serta mengendalikan pertumbuhan penduduk.

Berdasarkan hasil penelitian, adanya keterbatasan jumlah alokasi dana, keterbatasan jumlah dan kompetensi PLKB, adanya struktur organisasi KB yang tidak efektif dan tidak memadai karena digabung dengan beberapa program lain, merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi belum tercapainya target hasil program KB di Kabupaten Lebak.

Oleh karena itu untuk mencapai target hasil program KB di Kabupaten Lebak, perlu adanya pengoptimalisasian peran atau “*capacity building*”. Baik dengan pengembangan sumber daya manusia , dengan memperkuat organisasi agar dapat bekerja lebih baik, maupun reformasi institutional

Dalam *Indonesia Human Development Report* 2001 maupun 2005, UNDP menyarankan agar Indonesia lebih banyak melakukan investasi di bidang pembangunan manusia dalam rangka menjamin terpenuhinya hak-hak dasar masyarakat, meletakkan landasan pertumbuhan ekonomi, dan menjamin keberlangsungan demokrasi.

Rekomendasi UNDP di atas setidaknya memberikan suatu dorongan untuk semakin meningkatkan perhatian terhadap program-program yang selama ini diorientasikan untuk pembangunan manusia. Salah satunya adalah program KB yang telah dicanangkan sejak tahun 1970’an.

Dalam laporan BKKBN tahun 2006, setidaknya terdapat tiga nilai strategis Program KB yang dapat dicatat, yakni peranannya dalam peningkatan kualitas SDM, mendorong berlangsungnya perubahan sosial (*social change*) dan mendorong terbentuknya masyarakat madani (*civil society*). Dengan ketiga nilai strategis ini, akan jelas terlihat peranan PKBN sebagai salah satu “peluru perak” dalam pembangunan nasional, yaitu satu hal yang dapat menyelesaikan banyak hal (*A single thing fixes a multitude of problem*).

BAB VII

Kesimpulan dan Saran

7.1 Kesimpulan

PP No.38/2007 dan PP No.48/2007 menjelaskan bahwa Program Keluarga Berencana adalah urusan wajib, dan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat sehingga pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota wajib menyelenggarakan Keluarga Berencana. Meski telah ada PP38 dan PP41 tahun 2007, namun pelaksanaan Program Keluarga Berencana di Kabupaten Lebak pada era otonomi daerah masih mengalami beberapa kendala, yaitu:

- 1) Struktur birokrasi program KB belum memadai, dan kurang efektif dalam mendukung pencapaian target program KB di Kabupaten Lebak sehingga menyebabkan belum tercapainya target hasil Program KB di Kabupaten Lebak. Hal ini dapat dilihat dari:
 - struktur organisasi yang belum mencakup aspek-aspek penting Program KB seperti yang tertuang dalam Keppres No.103/2001, serta belum terbentuknya Unit Pelaksana Teknis di tingkat kecamatan sehingga terjadi kebuntuan struktur organisasi di lini terdepan
 - garis vertikal penghubung antara Pemda Kabupaten dengan Pemda Provinsi dan Pemerintah Pusat sudah tidak ada lagi, sehingga tata hubungan kerja antara Pusat dan Daerah terlihat sangat lemah dan akibatnya sering menjadi penghambat pengelolaan program pembangunan nasional.
 - koordinasi pelaksanaan program KB antar sektor masih bersifat momentum, dan terjadi penurunan koordinasi dan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak.
- 2) Berkurangnya jumlah petugas dipengaruhi oleh adanya petugas yang mutasi dan pensiun, tetapi tidak ditindaklanjuti dengan perekrutan tenaga baru. Akibatnya, efektifitas pelayanan program KB di lapangan terutama dalam proses pencatatan dan pelaporan serta kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi Program KB menjadi kurang efektif. Selama era sentralisasi yang

lalu, kompetensi aparat di tingkat lapangan kurang berkembang karena terbiasa menerima “arahan dan petunjuk” dari pusat. Hal ini menyebabkan pengembangan kompetensi aparat lapangan di Kabupaten Lebak masih mengandalkan bantuan dari pusat baik dari segi anggaran maupun penyelenggaraannya. Oleh karena itu, permasalahan yang timbul baik dari sisi jumlah maupun kompetensi SDM menyebabkan belum tercapainya target hasil program KB di Kabupaten Lebak.

- 3) Sumber dana dalam penyelenggaraan program KB di Kabupaten Lebak berasal dari APBN dan APBD Kabupaten Lebak. Jadi, sudah ada bantuan dari APBD Kabupaten walaupun jumlahnya masih belum memadai.
- 4) Permasalahan yang timbul pada faktor birokrasi, sumber daya manusia, dan ketepatan alokasi anggaran berpengaruh terhadap pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak yang berakibat belum tercapainya hasil program KB sesuai dengan target yang diharapkan. Permasalahan-permasalahan yang timbul sangat dipengaruhi oleh komitmen dan prioritas pemerintah daerah dalam penyelenggaraan program KB. Hal ini menunjukkan bahwa Program KB belum menjadi prioritas pemerintah daerah Kabupaten Lebak sehingga program yang bisa dijalankan masih terbatas, dan berimbas pada pencapaian program yang belum menunjukkan hasil yang maksimal.

7.2. Saran

1. Perlu dilakukan advokasi yang kuat di Pemerintahan Daerah Kabupaten Lebak tentang strategi dan urgensi program Keluarga Berencana bagi pembangunan berkelanjutan, kesejahteraan masyarakat, dan kemajuan daerah. Advokasi ini harus ditekankan pada: a) pentingnya melanjutkan program Keluarga Berencana dalam era otonomi daerah; b) pembentukan kelembagaan atau struktur birokrasi yang mencakup aspek-aspek penting Program KB dan efektif untuk menangani program ini hingga ke lini terdepan; c) penyediaan tenaga pengelola program yang cukup memadai sampai dengan lini terdepan, serta; d) penyediaan anggaran yang cukup untuk menjalankan program secara efektif. Oleh karena itu, perlu adanya koordinasi dan pembinaan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah

daerah Kabupaten dalam penyelenggaraan Program KB yang optimal, serta adanya inisiasi dari BP2KBMPD Kabupaten Lebak untuk menjembatani dan memperkuat koordinasi dan proses pembinaan dalam penyelenggaraan program KB yang optimal.

2. Melakukan advokasi secara berkelanjutan kepada seluruh pihak yang berkepentingan, khususnya para pembentuk opini seperti anggota DPR, Pemerintah Daerah, anggota DPRD, tokoh masyarakat, dan lain sebagainya tentang pentingnya masalah Keluarga Berencana bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat, pembangunan berkelanjutan, dan kemajuan bangsa di masa depan sehingga komitmen tentang pentingnya masalah Keluarga Berencana ini tidak akan melemah di masa yang akan datang.
3. Secara konsisten melakukan kegiatan KIE yang intensif kepada masyarakat luas tentang hubungan KB dengan peningkatan kesejahteraan keluarga, khususnya kesejahteraan ibu, bayi, dan anak, dan peningkatan kualitas penduduk di masa depan.
4. Perlu dilakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kompetensi para pengelola program di kabupaten/kota sampai ke tingkat lini lapangan, baik melalui pendidikan dan pelatihan maupun pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi.

DAFTAR REFERENSI

Buku:

- Agustino, Leo, 2008, *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta
- Alimoeso, Soedibyo, 2009, *Pengaruh Implementasi Kebijakan Desentralisasi, Kepemimpinan dan Pemberdayaan Aparatur Terhadap Kualitas Pelayanan Program Keluarga Berencana di Kabupaten Subang Propinsi Jawa Barat*. Jakarta: Universitas Satya Negara.
- Barker, C, 1996, *The Health Care Policy Process*. London: Sage Publication.
- Buse, Kent, & Nicholas Mays & Gill Walt, 2005, *Making Health Policy*. Open University Press, England
- Dunn, William N., 2003, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Ekowati, MRL., 2009, *Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi Kebijakan atau Program; Suatu Kajian Teoritis dan Praktis*. Surakarta: Pustaka Cakra
- Gerston, Larry N., 1983, *Making Public Policy; From Conflict to Resolution*. Library of Congress cataloguing in Publication Data, USA
- Hull, Terence H., 2006, *Masyarakat Kependudukan dan Kebijakan di Indonesia; Dari Keluarga Berencana ke Pelayanan Reproduksi: Sebuah Riwayat Singkat*. Jakarta: Equinox Publishing Indonesia
- Indiahono, Dwiyanto, 2009, *Perbandingan Administrasi Publik (Model Konsep dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Gava Media
- , 2009, *Public Disobedience: Telaah Penolakan Publik Terhadap Kebijakan Pemerintah*. Yogyakarta: Gava Media
- Jeddawi, Murtir, 2008, *Implementasi Kebijakan Otonomi Daerah (Analisis Kewenangan, Kelembagaan, Manajemen Kepegawaian, dan Peraturan Daerah)*. Yogyakarta: Kreasi Total Media.
- Lubis, Solly M., Sol, 2007, *Kebijakan Publik*. Bandung: Mandar Maju
- Nawawi, Ismail, 2009, *Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek*. Surabaya: Putra Media Nusantara
- Nugroho, Rianto, 2008, *Public Policy*, Jakarta: Elex Media Komputindo
- Nurcholis, Hanif, 2007, *Teori dan Praktik Pemerintahan Daerah dan Otonomi Daerah*. Jakarta: Grassindo

Parsons, W, 2005, *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktek Analisis Kebijakan*. Jakarta: Prenada Media

Ramses, Andi, dan La Bakry (ed), 2009, *Pemerintahan Daerah di Indonesia*. Jakarta: MIPI

Subarsono, 2005, *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Walt, G, 1994, *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. Johannesburg: Witwatersrand University Press.

Winarno, Budi, 2007, *Kebijakan Publik; Teori dan Proses*. Jakarta: Media Pressindo

Makalah:

Crichton, J., 2008, *Changing Fortunes: Analysis of Fluctuating Policy Space for Family Planning in Kenya*. Makalah disampaikan pada 22 June 2008

Gani, Ascobat, 2006, *Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Sistem Desentralisasi*. Makalah disampaikan dalam Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan, Bandung 6-8 Juni 2006.

Hidayanto, Djoko, 2009, *Anggaran BKKBN dalam Era Desentralisasi*. Sekretaris Dirjen PKPD.

Mardiya dan Endar Sunarsih, 2009, *Pemberdayaan IMP; Rahasia Sukses Program KB di Era Otonomi Daerah*. BKKBN Provinsi Yogyakarta.

Mardiya, 2009, *Harganas; Pembangunan Penduduk dan Keluarga Berencana*. BKKBN Provinsi Yogyakarta.

Siagian, Albiner, 2002, *Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan; Suatu Kajian Kesiapan Daerah Menghadapi Desentralisasi Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Makalah Pengantar Falsafah Sains (PPS702) Program Pascasarjana/S3 IPB, Oktober 2002, dipublikasikan 21 Oktober 2002.

Sudarmadi, Lalu, *Nilai-nilai Strategis Program Keluarga Berencana Nasional Bagi Pembangunan Bangsa*. Program Keluarga Berencana. BKKBN Provinsi Jakarta.

Syarief, Sugiri, 2006, *Perkembangan Program KB Nasional; Tantangan dan Peluang*. Makalah disampaikan pada BKKBN Pontianak, 29 Januari 2010.

Winarno, Budi, 2004, *Implementasi Konsep “Reinventing Government” dalam Pelaksanaan Otonomi Daerah*. Makalah disampaikan dalam seminar nasional dengan judul “Penataan Birokrasi dalam Pelaksanaan Otonomi Daerah”, Ruang Seminar “Penida Noor” FIA UPN “Veteran” Jawa Timur, Surabaya, 14 Januari 2004.

Peraturan-peraturan:

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota
4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah
5. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2001 sebagaimana telah diubah terakhir dengan Keputusan Presiden Nomor 9 Tahun 2004 tentang Kependudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen
6. Keputusan Menteri Pemberdayaan Perempuan/Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Nomor 70 Tahun 2001 tentang tentang Organisasi dan Tata Kerja Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Propinsi dan Kabupaten/Kota
7. Peraturan Daerah Kabupaten Lebak Nomor 11 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Lebak.

Sumber Lain:

- BKKBN, 2008, *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Kependudukan tahun 2008*.
- , *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Kependudukan tahun 2009*.
- , *Kebijakan Program KB Nasional Tahun 2010*, Deputi IKPK Rakernas 2009, Badan Koordinasi Keluarga Berencana di Jakarta.

-----, *Rakernas Pembangunan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Tahun 2010, tema: "Dengan Semangat Kemitraan Kita Sukseskan Pembangunan Kependudukan Dan KeluarganBerencana Untuk Mencapai Sasaran RPJMN 2010-2014.*

BKKBN Provinsi Banten, 2010, *Evaluasi Pelaksanaaan dan Realisasi Program KB Nasional Provinsi Banten, Rapat Kerja Daerah Program KB Tahun 2010.*



Lampiran 1

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM	
No. Sampel	:
Instansi	: Bupati Kabupaten Lebak, BP2KBMPD, Dinkes, BAPPEDA, BKD Daerah Kabupaten Lebak, BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi Banten, DPRD Daerah Kabupaten Lebak, Puskesmas, Rumah Sakit, IDI, Posyandu (Kader), Tokoh Agama/Tokoh Masyarakat, PKK
Alamat	:
Telp/ HP	:
Waktu	:

Latar Belakang Responden	
Nama Responden	:
Usia Responden	: Jenis Kelamin: L / P
Pendidikan Terakhir	:
Jabatan dalam kantor	:
Lamanya bekerja	:

Selamat Pagi/ Siang/ Sore

Saya **Siti Hannah**, saat ini saya sedang menyusun tugas akhir dalam rangka penyelesaian studi pada Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia – Peminatan Kebijakan Kesehatan, berikUT topik tugas akhir yang sedang saya lakukan, *Analisis Struktur Birokrasi, Sumberdaya Manusia, Ketepatan Alokasi Anggaran Terhadap Target Hasil pencapaian Program KB di Kabupaten Lebak pada Era Otonomi Daerah*. Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan penyusunan tugas akhir ini. Untuk kenyamanan baik/ibu, semua data yang terkumpul hanya digunakan untuk keperluan pendidikan saja. Demikian, terima kasih atas bantuannya.

DAFTAR PERTANYAAN

A. Struktur Birokrasi

1. Menurut Bapak/Ibu/Saudara apakah struktur organisasi yang ada di BP2KBMPD di Kabupaten sudah sesuai untuk melaksanakan program KB di Kabupaten Lebak? (*probing: dasar kebijakan, bagan struktur organisasi BP2KBMPD, ada/tidaknya hubungan dengan struktur organisasi BKKBN Povinsi, dan BKKBN Pusat, kendala*)
2. Menurut Bapak/Ibu/Saudara apakah BP2KBMPD Kabupaten Lebak memiliki pedoman Tata laksana (peraturan, petunjuk teknis, dll) untuk melaksanakan program KB di Kabupaten Lebak? (*probing : kebijakan, buku pedoman juklak/juknis*)
3. Menurut Bapak/ Ibu/ Saudara apakah pedoman tersebut sudah sesuai dan dapat diaplikasikan dalam pelaksanaan program KB? Jelaskan. (*Probing: kesesuaian dengan kemampuan dan dukungan kekuatan sumberdaya yang tersedia, kendala*)
4. Apakah Bapak/ Ibu/ Saudara mengetahui instansi apa saja yang terlibat dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak? Jelaskan. (*instansi pemerintah, instansi non pemerintah /LSM, organisasi profesi, masyarakat*).
5. Bagaimana koordinasi antar instansi dilakukan di Kabupaten Lebak? (*Probing: rapat rutin, informasi melalui surat, melalui kegiatan pelayanan KB, kegiatan momentum KB*)

B. Sumberdaya Manusia

1. Menurut Bapak/ Ibu/ saudara apakah BP2KBMPD Kabupaten Lebak memiliki Petugas Lapangan KB (PLKB)/PKB untuk melaksanakan pelayanan Program KB sesuai dengan target yang diharapkan di Kabupaten Lebak ? Jelaskan. (*probing: jumlah PLKB, kesesuaian*)

jumlah PLKB dengan jumlah Desa, cara pengrekrutan, siapa yang berwenang melakukan pengrekrutan, kapan waktu pengrekrutan, jumlah pengrekrutan, ada tidaknya mutasi, kendala)

2. Menurut Bapak/ Ibu/ Saudara bagaimana menyiapkan kompetensi dari PLKB tersebut? Jelaskan. Jelaskan. *(Probing: latar belakang pendidikan PLKB, pelatihan/pembinaan untuk PLKB, jumlah PLKB yang dilatih, siapa penyelenggara, darimana pelatihnya, frekuensi pelatihan/ pembinaan, kendala)*
3. Menurut Bapak/ Ibu/ saudara, apa permasalahan terkait petugas Lapangan KB (PLKB) untuk melaksanakan program KB sesuai dengan target yang di harapkan di Kabupaten Lebak? Jelaskan. Jelaskan.*(probing: kesesuaian jumlah dan kompetensi, kendala)*

C. Ketepatan Alokasi Anggaran

1. Darimana sumber dana untuk melaksanakan Program KB sesuai dengan Target yang diharapkan di Kabupaten Lebak? Jelaskan. *(Probing: dana APBN, Dana APBD Provinsi, Dana APBD Kabupaten, Dana dari Luar Negri, kesinambungan dana)*
2. Bagaimana Bapak/ Ibu/ Saudara melihat ketersediaan dana untuk melaksanakan Program KB apakah sesuai dengan target yang diharapkan di Kabupaten Lebak? Jelaskan. *(probing: sumber, proporsi, jumlah dana dalam pengadaan alat KB, sarana dan prasarana, dan untuk kegiatan operasional KB)*

D. Pencapaian Target Hasil Program KB

1. Apakah pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak telah mencapai hasil sesuai dengan target yang diharapkan Sejauhmana pencapaian target hasil Program KB di Kabupaten Lebak ? *(Probing:, persepsi pencapaian target)*

Lampiran 2

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM	
No. Sampel	:
Instansi	: Akseptor
Alamat	:
Telp/ HP	:
Waktu	:

Latar Belakang Responden	
Nama Responden	:
Usia Responden	: Jenis Kelamin: L / P
Pendidikan Terakhir	:
Jabatan dalam kantor	:
Lamanya bekerja	:

Selamat Pagi/ Siang/ Sore

Saya **Siti Hannah**, saat ini saya sedang menyusun tugas akhir dalam rangka penyelesaian studi pada Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia – Peminatan Kebijakan Kesehatan, berikut topik tugas akhir yang sedang saya lakukan, ***Analisis Struktur Birokrasi, Sumberdaya Manusia, Ketepatan Alokasi Anggaran Terhadap Target Hasil pencapaian Program KB di Kabupaten Lebak pada Era Otonomi Daerah.*** Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan penyusunan tugas akhir ini. Untuk kenyamanan bapak/ibu, semua data yang terkumpul hanya digunakan untuk keperluan pendidikan saja. Demikian, terima kasih atas bantuannya.

DAFTAR PERTANYAAN

A. Struktur Birokrasi

1. Apa Bapak/ Ibu/ Saudara mengetahui tentang Program KB? (*Probing : pengertian program KB, Tujuan KB*)
2. Darimana Bapak/ Ibu/ Saudara mendengar istilah itu?(*probing : sumber informasi*)
3. Darimana saja Bapak/ Ibu/ Saudara mendapatkan informasi tentang KB?(*probing : sumber informasi lain*)

B. Sumber daya Manusia

1. Apakah ada petugas KB yang mengunjungi dan memberikan informasi tentang KB kepada Bapak/ Ibu/ Saudara?(*probing, ketersediaan PLKB*)
2. Apakah informasi yang Bapak/ Ibu/ Saudara terima sudah memadai?(*probing: kemampuan PLKB untuk pelaksanaan KIE*)

C. Ketepatan Alokasi Dana

1. Apakah Bapak/ Ibu/ Saudara sudah mendapat pelayanan KB? Dan Dimana tempat Bapak/ Ibu/ Saudara mendapatkan pelayanan KB? (*probing: ketersediaan pelayanan KB untuk keluarga pra sejahtera/miskin,)*

D. Pencapaian Target hasil Program KB

1. Bagaimana menurut bapak/ ibu apakah pelayanan KB saat ini sudah cukup memadai?(*probing: kemudahan mendapat akses pelayanan, kendala*)

Lampiran 3

KATEGORISASI DATA

No.	Kategori	BP2KBMPD	BKKBN PROVINSI	BKKBN Pusat
		P1	P2	P3
A	Struktur Birokrasi			
1	Apa Dasar kebijakan Pembentukan Struktur Organisasi BP2KBMPD kabupaten Lebak	PP 41 dan Perda kabupaten Lebak No.11 tahun 2007	Setau saya PP41 dan perda, tapi saya tidak tau perda nya no berapa	PP 41 , dan perda yang dikeluarkan kabupaten tersebut
2	Bagaimana bentuk struktur Organisasi di BP2KBMPD kabupaten Lebak?	pertimbangan waktu itu dengan munculnya PP 38 dan PP41 memang bidang KB digabung dengan bidang Pemeberdayaan Perempuan, tapi hasil kajian tim eksekutif dengan dewan akhirnya diputuskan kita digabung dengan 2 instansi lainnya yaitu Masyarakat Desa dan Pemerintah Desa, jadi dalam 1 badan terdiri dari 4 merger	Untuk kabupaten lebak badan KB nya digabung dengan 3 instansi lain termasuk pemberdayaan perempuan.	tidak tau, tapi setau saya didaerah Kabupaten/kota struktur kelembgaannya berbeda-beda. Ada yang prioritasnya besar ada yang kecil, Ada yg KB hanya digabung dengan bidang Pemberdayaan Perempuan saja, ... tapi ada juga yang masih bentuknya seksi yang nempel di dinas kesehatan..

2	Apakah struktur organisasi diBP2KBMPD sudah sesuai untuk pelaksanaan program KB di kabupaten Lebak	Belum sesuai, karena dalam 1 badan terdiri dari 4 merger, ya banyak menimbulkan kendala, pertama dari kelayakan kantor, tadinya kantor ini hanya untuk badan KB saja, terdiri dari 3 bidang yaitu bidang KB, KR, dan KS dan satu sekretariat. Tapi sekarang terdiri dari enam bidang dan tujuh dengan secretariat. Bisa dibayangkanlah bagaimana situasinya, saya kira jadi kurang efektif, dan hal itu juga mempengaruhi pimpinan dan pelaksa program yang lain untuk bisa focus dalam pelaksanaan program, yang pada akhirnya hasil kurang optimal	Belum sesuai, Karena memang harapannya badan KB dapat berdiri sendiri tanpa adanya merger dengan dengan bidang lain,	Tidak tau, Tapi setau saya , lembaga di kabupaten/kota Ada yang prioritasnya besar ada yang kecil.... maka berdampak juga terhadap pembagian anggaran.... Y.. jadi kecil....harapan kita Badan KB bisa berdiri sendiri, dan adanya garis vertical secara struktur organisasi ke BKKBN PUsat ataupun ke BKKBN Provinsi
3	Ada/tidaknya hubungan dari struktur organisasi BP2KBMPD dengan struktur organisasi BKKBN Provinsi dan struktur BKKBN Pusat	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

4	Ada/tidaknya kendala dalam hubungan atau koordinasi BP2KBMPD dengan BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi dengan struktur organisasi yang sekarang terbentuk	Tidak ada hubungan saat ini dengan BKKBN Pusat maupun Provinsi sifatnya koordinasi, dan masih berjalan dengan baik. Ya ada perhatian baik untuk pembinaan untuk pegawai maupun dari anggaran. Dan selama hampir tiga tahun saya disini tidak ada kendala dalam proses koordinasi baik dengan BKKBN Pusat, maupun BKKBN Provinsi	Ada, kalau sekraang kondisinya hanya sifatnya koordinasi fungsional... dan fungsi kita memfasilitasi mereka yaitu kabupaten/kota.... Kalau dengan jalur komando seperti dulu ketika program tidak mencapai target kita bisa kasih sanksi... karena memang dari aspek ketenagaan di bawahan provinsi... tapi sekarang jadi tanggung jawabnya Bupati.... Karena hubungannya tidak seperti dulu... makanya dikembangkan model-model kemitraan, dengan kesamaan kepentingan bersama....”	Ada, Kalau dulu pegawai di badan KB kabupaten/kota termasuk PLKB adalah pegawai kita BKKBN Pusat, jadi kendali maupun segala keputusan ada di kita, tapikalau sekarang kita mengalami kesulitan untukmemberi teguran ataupun sanksi ketika badan KB di kabupaten/kota tidak mencapai target , karena sekarang pemerintah daerah yang memegang kendali.
5	Apa dasar kebijakan Pedoman tata laksana/SOP di BP2KBMPD Kabupaten Lebak dalam pelaksanaan Program KB	berdasarkan PERDA No.11 tahun 2007, namun dalam hal-hal tertentu masih mengikuti pedoman atau arahan dari pusat	Kalau untuk kabupaten/kota kan uda ada PP41 dan PP 38, dan dari Perdanya sendiri disesuaikan	PP41 dan PP 38..... dan dari Perdanya sendiri disesuaikan

6	Apakah pedoman tersebut sudah sesuai dan dapat diplikasikan dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak	saya rasa sudah sesuai, dan cukup bisa diaplikasikan, namun ya itu tadi, pelaksanaannya jadi tidak optimal karena satu badan terdiri dari 4 merger, otomatis kemampuan dari pelaksana program dan anggarannya juga terbatas	Belum sesuai, Karena saat ini pedoman tata laksana masih berdasarkan peraturan-peraturan dari pusat, seharusnya di kabupaten/kota berpedoman pada perda masing-masing kabupaten/kota tersebut, tapi	Belum sesuai, Karena pada saat ini pedoman tata laksana pelaksanaan Kb di kabupaten/kota seharusnya berdasarkan perda kabupaten/kota tapi dalam pelaksanaannya yang terlihat pada saat ini lebih sebagian mengacu pada Kepmen No. 70 tahun 2001, jadi saya rasa aturannya masih belum jelas, karena dari Perda belum mengatur pedoman tatalaksananya secara jelas.
7	Instansi apa saja yang terlibat dalam pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak	Selain dengan dinas kesehatan kita juga terlibat dengan pihak-pihak lain, seperti ABRI, polisi, LSM, organisasi, tokoh agama, tokoh masyarakat, IDI, dan lain-lain”.... ..	Ada kerjasama dengan TNI... PKK...,Dinkes, IDI,dll	Dengan dinas kesehatan, Rumah sakit, koordinasi dengan PKK, ada kesatuan gerak, PKK koordinasinya sangat bagus sekali, Lalu dengan TNI melalui TMKK... POLRI melalui bahayangkara bhakti kesehatan...IBI... IDI...tapi biasanya bersifat momentum. Dari masyarakat juga ada LSM nya yaitu dengan AISIYAH muhammadiyah, muslimat NU... kita tidak hanya bermitra dengan dinas kesehatan saja tapi

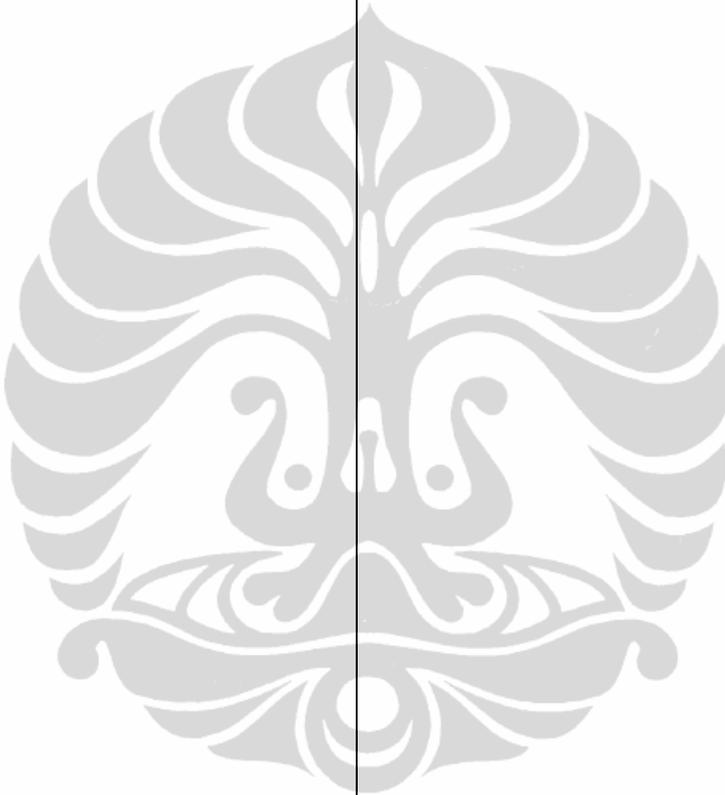
				dengan PEMDA dengan bupatinya, dengan walikotanya sehingga ketika pelaksanaannya di lapangan itu turunnya instruksi.
8.	Apakah ada koordinasi antar antar instansi tersebut	Ada, koordinasi berjalan dengan baik kita koordinasi, kita bikin surat, ga ada rapat rutin dalam proses koordinasi, Rakerda Program KB tapi selama beberapa tahun saya disini belum pernah dilaksanakan. Jadi, kita koordinasinya hanya pada saat <i>momen-momen</i> tertentu saja, Sedangkan untuk pelayanan yang rutin kita menggunakan aparat kita dilapangan, mereka koordinasi dengan puskesmas, termasuk droping ALOKON ke puskesmas,	Ada, koordinasinya baik tapi biasanya bersifat momentum.	Ada, koordinasinya sangat bagus sekali.... ..., ada kesatuan gerak , PKK koordinasinya sangat bagus sekali, Lalu dengan TNI melalui TMKK... POLRI melalui bahayangkara bhakti kesehatan....IBI... IDI...tapi biasanya bersifat <i>momentum</i> . kita tidak hanya bermitra dengan dinas kesehatan saja tapi dengan PEMDA dengan bupatinya, dengan walikotanya sehingga ketika pelaksanaannya di lapangan itu turunnya instruksi. Misalnya, ada kegiatan KB yaitu untuk melayani masyarakat miskin, pelayanan gratis dengan dukungan kontrasepsi dari BKKBN, tenaga kesehatan dari dinas kesehatan. Turunlah bersama-sama disitu.

B.	SumberDaya Manusia			
1.	Apakah BP2KBMPD Kabupaten Lebak memiliki tenaga PLKB	Ya, ada	Ya, ada kalau untuk kabupaten Lebak masih ada tenaga PLKBnya ya walaupun sudah banyak berkurang	Ya,ada
2.	Apakah jumlah tenaga PLKB di Kabupaten Lebak sudah mencukupi atau memadai	Belum memadai , Dari segi ketenagaan sejak desentralisasi saya rasa bukan hanya di Lebak saja tenaga lapangannya berkurang, sebelum saya masuk yang saya dengar jumlahnya sekitar 200 lebih, tapi saya baru masuk tahun 2006, dan ketika saya datang kesini jumlahnya tinggal kurang lebih 100 petugas dan kalau sekarang karena ada yang pensiun, dan ada yang mutasi, jumlahnya kurang lebih tinggal 70, itupun masih ada yang pensiun lagi...	Belum memadai, Ya PLKB sekarang jumlahnya sudah berkurang	Belum memadai, Setau saya jumlah PKB/PLKB sudah berkurang di daerah kabupaten/kota.....secara nasional sempat mencapai 39 ribu ketika sebelum otonomi daerah. Setelah otonomi jumlahnya turun menjadi 19-20 ribuan. ...

3	Apakah ada kesesuaian antara jumlah PLKB dengan jumlah desa	Tidak ada, jumlahnya jadi jauh berkurang sementara desa garapan kita sekarang ini hasil pemekaran ada 340 desa, dan 5 kelurahan, jadi ada 345 desa, digarap kurang lebih dengan jumlah PLKB sekitar 70 an , bisa dihitung itu rasionya berapa, 1:4 juga tidak sampai...	Tidak ada, sekarang 1 PLKB memegang 5 sampai 6 desa.... Jadi tugasnya tambah berat... ”	Tidak ada, Kalau dulu sudah cukup ideal yaitu rasio nya 1 PLKB menangani 1-2 desa.... Kalau sekarang rasionya 1 PLKB harus menangani 5 desa atau lebih...ya pastinya sudah tidak ideal lagi
4.	Apakah tenaga PLKB ada yang pensiun ataupun mutasi ke instansi lain	Ada pensiun, dan Ada mutasi Karena saat ini biasanya camat membutuhkan tenaga SDM, dan tenaga PLKB ini bisa dibilang bisa diandalkan lah. Jadi mantan-mantan PLKB ini di kecamatan sangat dibutuhkan, ya contohnya sekarang kan banyak yang jadi sekretaris camat, lurah, dan bahkan ada yang jadi camat...Jadi jumlah PLKB nya banyak berkurang nya karena mutasi, juga karena pensiun	Ada pensiun, dan Ada mutasi Jumlah PKB/PLKB banyak berkurang terutama karena dialihtugaskan ada yang jadi sekcama, camat, atau pindah ke instansi lain.	Ada pensiun, dan Ada mutasi PKB/PLKB yang biasa melakukan konseling, pergerakan masyarakat untuk meningkatkan pencapaian kesejahteraan masyarakat agak mundur, karena tenaga kerja kita yang sudah potensial itu justru dialih tugaskan oleh PEMDAada yang jadi sekcama, camat, sekwan, bahkan ada yang jadi kepla dinas kesehatan, jadi jumlah PKB/PLKB sudah berkurang.....
5	Ada/tidaknya pengrekrutan untuk tenaga PLKB di	Tidak ada, rekrutmennya sejak saya disini belum pernah ada, maka	Tidak ada, untuk masalah pengrekrutan PLKB...kita berusaha	Tidak tau untuk di kabupaten Lebak, tapi setau saya pengrekrutan tenaga PLKB di

	Kabupaten Lebak	segala upaya sudah ditempuh bahkan didorong juga oleh BKKBN Provinsi, kita disuruh bikin surat ke Bupati minta tenaga ke MENPAN dan akan di fasilitasi oleh BKKBN Provinsi. Surat sudah.. tapi setelah ditunggu dan di tunggu sampai sekarang ga ada realisasinya.. Tapi untuk tahun 2010 kita dapat alokasi tenaga lapangan sebanyak 2 orang...	mengadvokasi ke kabupaten/kota agar mereka mengusulkan ke BKN juga ke Menpan...untuk tenaga PLKB...karena sekarang pemda yang merekrut... yah kita Cuma mengadvokasi saja	daerah masih sangat minim jumlahnya, Namun, mulai tahun 2009 perekrutan tenaga PLKB di daerah mulai menggeliat, kita mulai mengadvokasi pemerintah Kabupaten/Kota. Mulai dari pertemuan-pertemuan supaya Kabupaten/kota membuka formasi untuk penambahan tenaga penyuluh lapangan KB, dan kita juga membantu dengan memberikan dorongan ke MENPAN supaya distujui untuk adanya formasi tambahan bagi tenaga penyuluh KB.
6	Siapa yang berwenang melakukan perekrutan	Pemerintah Daerah Kabupaten	Pemerintah Kabupaten Daerah	Pemerintah Daerah Kabupaten PLKB/PKB memang sedang menghadapi kendala karena dulu sebelum desentralisasi PKB/PLKB adalah pegawai BKKBN Pusat yang ditempatkan di desa, karena waktu itu masih sentralistik, Sejak otonomi daerah, diserahkan ke PEMDA, jadi tanggung jawab PEMDA kab/kota.jadi sekarang perekrutan PKB/PLKB adalah tugas PEMDA

				Kabupaten/kota
7	Bagaimana menyiapkan kompetensi PLKB tersebut dari	Pelatihan/pembinaan	Pelatihan/pembinaan	Pelatihan/pembinaan, serta adanya pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi
8	Apakah ada pelatihan/pembinaan untuk PLKB	Ada,	Ada,	Ada
9	Apa saja jenis pelatihan untuk PLKB	Setau saya ada beberapa pelatihan fungsional atau pelatihan teknis yang diadakan oleh BKKBN provinsi, dan untuk PLKB setau saya ada pelatihan wajib seperti LDU	Ada beberapa pelatihan untuk PLKB , tapi yang wajib untuk PLKB adalah LDU	karena seorang PKB/PLKB wajib untuk mengikuti LDU yaitu Latihan dasar Umum.... LDU ada dua kategori,LDU untuk PKB yang PNS itu pelatihannya 3 minggu , 21 hari... kalau yang kontrak hanya 14 hari..... selain itu PKB/PLKB mereka dilatih lagi pelatihan teknis... adapun pelatihan teknis yang wajib yaitu pelatihan KIE (komunikasi Informasi dan Edukasi) dan advokasi, dan peltihan KIPK

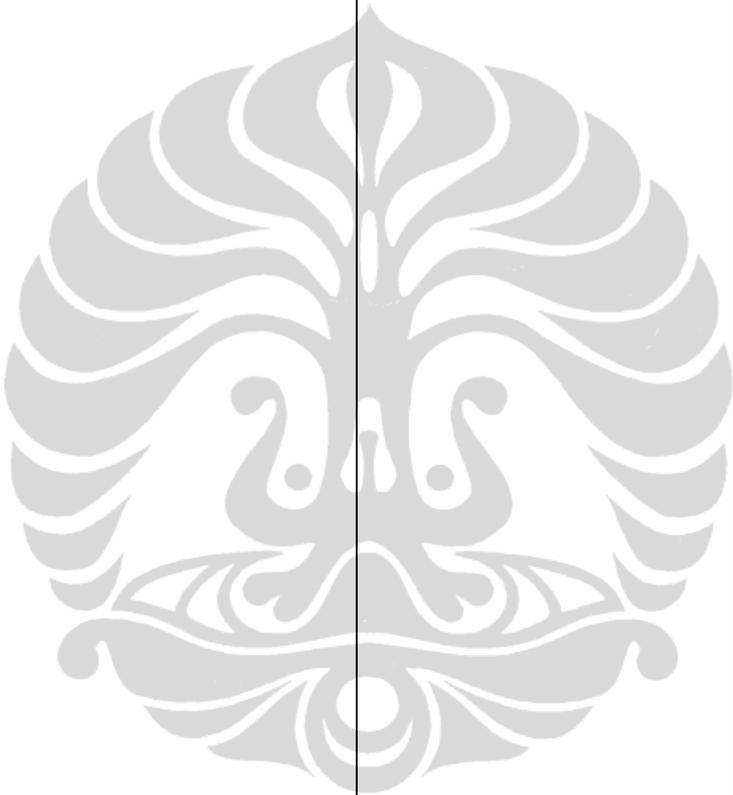
				<p>(komunikasi Intrapersonal dan konseling), kemudian ada pelatihan pencatatan dan pelaporan.....makanya PKB/PLKB itu lebih pintar dari orang-orang pusat, karena mereka menangani seluruh substansi.... Selain itu juga ada pelatihan pengelolaan bina keluarga, pelatihan PIK KRR (Pusat informasi dan konseling kesehatan reproduksi remaja), dan ada pelatihan pemberdayaan ekonomi keluarga..... Selain itu juga ada pelatihan refreshing, diperuntukkan untuk PKB/PLKB yang lama, dilatih lagi atau di refresh lagi.....sebenarnya ada banyak pelatihan lagi... tapi tadi yang disebutkan adalah pelatihan yang wajib diikuti oleh PKB/PLKB.... Pelatihan-pelatihan tersebut di atas sebenarnya sudah masuk dalam materi yang ada LDU... tapi pelatihan yang teknis nya ada lagi... agar lebih fokus.... frekuensi tiap daerah bervariasi yang jelas tiap tahun ada</p>
--	--	--	---	---

				pelatihan..... ada yang dua kali pertahun.... Ada yang satu kali pertahun.... Dan satu angkatan atau satu kali mengadakan pelatihan kapasitasnya sekitar 30 orang dalam satu provinsi...
10	Apakah semua PLKB di Kabupaten Lebak sudah mendapat pelatihan /pembinaan	Sudah Kalau untuk pelatihan yang wajib setau saya semua PLKB sudah dilatih tapi untuk pelatihan –pelatihan yang lain jumlahnya variatif, biasanya ada beberapa pelatihan tapi orangnya yang dikirim dari bergantian orangnya, lagipula PLKB disini adalah orang-orang lama, jadi y sudah pinter-pinter	Sudah, Dari segi jumlah maupun dari segi kualitasnya menurun banget...jenis-jenis pelatihan yang diberikan ke PLKB itu terbatas, tapi paling tidak untuk PLKB yang baru kita masih ada pelatihan dasar yaitu LDU....tapi itupun tidak bisa mengkover jumlah orang yang harus di LDU.....untuk 1 angkatan yaitu untuk 1 tahun sekali alokasinya untuk 30 orang dan dibagi menjadi 8 kabupaten sekarang..... selama dua mingguan lah pelatihannya....tapi untu kabupaten Lebak saetau say sudah semua mendapatpelatihan LDU padahal yang ditempatkan untuk dijadikan PLKB di	Tidak tau,

			tingkat kabupaten/kota kan banyak, harusnya memang ada sharing antar kita dengan kabupaten/kota,tapi ternyata mereka juga berat dari aspek itu.... Padahal sebetulnya bisa..... misalnya penyelenggaraanya pihak kabupaten/kota... nanti fasilitatornya dari kita..... jadi sekarang masih tetap ngandelin segala sesuatunya dari kita..... ya baik pelatihan dasar... pelatihan teknis	
11	Siapa penyelenggara Pembinaan dan pelatihan untuk PLKB	Untuk PLKB di Kabupaten Lebak di BKKBN Provinsi,	Di BKKBN Provinsi harusnya memang ada sharing antar kita dengan kabupaten/kota,tapi ternyata mereka juga berat dari aspek itu.... Padahal sebetulnya bisa..... misalnya penyelenggaraanya pihak kabupaten/kota... nanti fasilitatornya dari kita..... jadi sekarang masih tetap ngandelin segala sesuatunya dari kita..... ya baik pelatihan dasar... pelatihan teknis	Untuk tingkat kabupaten/kota di BKKBN Provinsi

12.	Darimana pelatih dalam kegiatan pembinaan/pelatihan untuk PLKB	<p>Dari BKKBN Provinsi, dan BKKBN Pusat</p> <p>pelatihan-pelatihan dari BKKBN Provinsi”.....pelatihan secara fungsional yang mengadakan BKKBN Provinsi, dan pelatihnya juga dari sana, dan dalam satu tahun cukup banyak pelatihan yang diadakan, seperti LDU, kemudian latihan pendataan, bisa 10 kali dalam satu tahun pelatihannya hanya orangnya saja yang dikirm secara bergantian, Jadi yang mengadakan BKKBN Provinsi, di BP2KBMPD Kabupaten Lebak tidak pernah menyelenggarakan pelatihan fungsional dan itu sudah kita anggap cukup saja</p>	BKKBN Provinsi, dan BKKBN Pusat	BKKBN Provinsi, dan BKKBN Pusat
13	Apa latar belakang pendidikan PLKB	Kalau dari latar belakang pendidikannya memang variasi, ada yang dari SLTA, yang paling rendah SMP, tapi ada yang S1, bahkan ada yang S2	Saya rasa bervariasi , tapi setau saya mulai tahun tahun 1990 an sudah mulai direkrut dengan latar belakang pendidikan sarjana	Kebanyakan latar belakang pendidikan PKB sarjana (S1),jadi sejak tahun 1990 an sudah direkrut PKB dengan latar belakang S1, jadi PKB ada 2 yaitu PKB terampil dan PKB ahli. Nah PKB terampil latar

				belakangnya rata-rata SLTA, dan PKB yang ahli itu S1..... Sedangkan kalau PLKB masih banyak yang SLTA,... tapi kalau dulu masih ada yang SMP, bahkan SD latar belakang pendidikannya....
14	Apakah ada kendala terkait penyelenggaraan peltihan/pembinaan PLKB	Tidak ada , Jadi yang mengadakan BKKBN Provinsi, di BP2KBMPD Kabupaten Lebak tidak pernah menyelenggarakan pelatihan fungsional dan itu sudah kita anggap cukup saja	Ada, Jadi yang mengadakan BKKBN Provinsi, di BP2KBMPD Kabupaten Lebak tidak pernah menyelenggarakan pelatihan fungsional dan itu sudah kita anggap cukup saja	Ada,
15	Apakah ada permasalahan terkait dengan jumlah PLKB	Ada, ya.. karena sedikit jadinya... tidak sesuai dan tidak kondusif	Ada, PLKB Dari segi jumlah menurun banget, hal itu menimbulkan semakin beratnya tugas yang diemban oleh PLKB	Ada, Dengan penurunan jumlah PKB/PLKB ... jelas ada pengaruhnya terhadap hasil pencapaian program KB.... Dari SDKI 2007, terlihat angka Unmet need nya tidak tercapai. Unmet need itu orang yang membutuhkan pelayanan, tapi tidak terlayani, angkanya

				<p>meningkat dari 8,6 menurut SDKI 2002/2003 menjadi 9,1% SDKI 2007...hal ini karena kurang atau tidak ada yang menggerakkan...harusnya ada proses KIE (komunikasi edukasi dan informasi)...yang seharusnya dilakukan oleh PKB/PLKB.....Dengan penurunan jumlah PKB/PLKB... maka akan menimbulkan masalah dalam pencatatan dan pelaporan... Jadi data yang masuk dikita dari Kabupaten/kota melalui BKKBN provinsi masih kemungkinan diragukan keakuratannya.... Karena pemahaman dan kemampuan dari petugas lapangan dalam proses pencatatan dan pelaporan terutama tentang kepersertaan KB juga diragukan... penggarapan program jadi terganggu... dulu yang memberikan informasi yah PLKB yang sudah terlatih dan ahli... tapi sekarang fungsi itu digantikan oleh kader.. Saat ini kader yang banyak berperan</p>
--	--	--	---	---

				dalam proses pencatatan dan pelaporan... seharusnya ada proses pendampingan dari petugas PKB/PLKB sedangkan jumlah PKB dan PLKB itu saat ini sedikit...
16	Apakah ada permasalahan terkait kompetensi PLKB	Tidak ada, saya rasa untuk kompetensi saya percaya akan kemampuan tenaga PLKB, karena mereka yang ada sekarang adalah orang-orang lama karena dari awal didikannya sudah baik. Kalau dulu kan didikan PLKB itu kan sangat kuat, latihan tiap bulan itu ada macam-macamnya. Saya yakin itu dari segi kompetensi. Cuma mungkin yang sekarang terlihat adalah gairah mereka kelihatannya menurun.....	Ada, Dari segi jumlah maupun dari segi kualitasnya menurun banget...jenis-jenis pelatihan yang diberikan ke PLKB itu terbatas, tapi paling tidak untuk PLKB yang baru kita masih ada pelatihan dasar yaitu LDU...tapi itupun tidak bisa mengkover jumlah orang yang harus di LDU.....untuk 1 angkatan yaitu untuk 1 tahun sekali alokasinya untuk 30 orang dan dibagi menjadi 8 kabupaten sekarang..... selama dua mingguan lah pelatihannya....padahal yang ditempatkan untuk dijadikan PLKB di tingkat kabupaten/kota kan banyak, harusnya memang ada sharing antar kita dengan	Ada, Sehingga dengan alasan keterbatasan dana itu BKKBN provinsi seringkali kurang patuh terhadap standar pelatihan..... artinya begini.... Bahwa PKB itu harusnya melaksanakan LDU 3 minggu ... tapi karena keterbatasan dana yang ada hanya untuk 2 minggu.....kurikulumnya materinya mereka padatkan dan mengindahkan kualitas dan efektivitas materi.... Maka strateginya untuk mengatasi hal itu.... Yaitu untuk propinsi yang dana pelatihannya hanya untuk dua minggu... maka pelatihan lakukanlah 1 minggu dikelas... 1 minggu di lapangan.... Dan 1 minggu di tempat kerja

			<p>kabupaten/kota, tapi ternyata mereka juga berat dari aspek itu.... Padahal sebetulnya bisa..... misalnya penyelenggaraanya pihak kabupaten/kota... nanti fasilitatornya dari kita..... jadi sekarang masih tetap ngandelin segala sesuatunya dari kita..... ya baik pelatihan dasar... pelatihan teknis</p>	
C	Ketepatan Alokasi Anggaran			
1	Apakah ada alokasi dana untuk pelaksanaan program kb di kabupaten lebak	Ada	<p>Ada,</p> <p>Apalagi dengan kondisi yang ada di Lebak... mungkin juga prioritags KB di Lebak juga tidak tinggi... jadi KB itu nomor sekian....bantuan nya masih minim dari pemda... terutama untuk kepentingan program... karena alatnya sebagian besar masih di cover dari APBN...kalau APBD yah mungkin ada lebak termasuk yang mendapat</p>	Ada,

			<p>DAK.... Mereka dapat mobil penerangan.. gudang alat kontrasepsi.., lalu motor, dari bupatinya juga menambahkan karena itu kan harus ada dana pendampingnya.... kalau bantuan yang melalui BKBBN Provinsi ke kabupaten... kalau dulu bisa 800 jutaan.... Kalau sekarang sekitar 200 jutaan.... Kalau dulu untuk kegiatan operasional juga dari kita... selain bantuan alokon.... . Jadi yah... dananya untuk program KB masih mengandalkan dari Pusat....jadi kebutuhan alat kontrasepsi masih di cover oleh APBN...</p>	
2.	<p>Darimana sumber dana untuk pelaksanaan program KB di kabupaten Lebak?</p>	<p>Sumber nya ada dari APBN yaitu DAK, ada dari BKBBN Provinsi, ada juga dari APBD Kabupaten Lebak.kalau dari APBD Provinsi setahu saya tidak ada.... Juga bantuan dari donor luar negri juga tidak ada.....</p>	<p>Dari pusat yaitu melalui DAK dan melalui BKKB Pusat yang kemudian disalikan ke kita BKBBN pusat baru setelah itu kita salurkan ke BP2KBMPD, selain itu ada juga dana bantuan APBD kabupaten Lebak, ya itu tapi jumlahnya</p>	<p>ada yang dari APBN...ada yang dari APBD pemerintah daerah Kab/kota ,...</p>

			masih sangat minim	
3.	Bagaimna sifat dana bantuan tersebut apakah berkesinambungan atau hanya tertentu saja	Berkesinambungan, ada dana bantuan dari pemda lebak untuk KB, yah berkesinambungan , kalau untuk dana bantuan dari pusat baik itu DAK maupun bantuan dari Pusat yang melalui BKKN Provinsi berkesinambungan,	Berkesinambungan, Kalau dana bantuan dari Pusat melalui kita BKKBN Provinsi ke mereka tiap tahun selalu ada, dan utnutk DAK lebak termasuk yang dapat bantuan yaitu sejak tahun 2008 dan tahun 2009 juga dapat bantuan DAK, sedangkan yang dari APBD pemda kabupaten Lebak setiap tahun juga ada, namun y itu jumlahnya masih sangat minim, Apalagi dengan kondisi yang ada di Lebak... mungkin juga prioritags KB di Lebak juga tidak tinggi... jadi KB itu nomor sekian	Berkesinambungan, setiap tahun ada bantuan dari APBN, jadi sifatnya berkesinambungan , kalau untuk bantuan dari APBD saya kurang tau
4	Bagaimana dengan jumlah dana bantuan tersebut , apakah jumlahnya bersifat tetap, Terus meningkat, ataukah fluktuatif	Fluktuatif, kebijakan Bupati tentang program KB ini yah.. yang dipikirkan oleh pa Bupati itu bukan hanya KB saja kan, tapi semua sector.Jadi dengan anggaran yang terbatas ya dibagi-bagi. Tapi dukungan terhadap program KB dari beliau selalu ada..Jadi hubungan dengan Pemerintah	Fluktuatif, Kalau dari jumlahnya dari dana APBN jumlahnya fluktuatif, sedangkan dari APBD kabupaten Lebak setau saya juga fluktuatif jumlahnya	Fluktuatif, ada yang dari APBN...ada yang dari APBD pemerintah daerah Kab/kota ,setiap tahun ada bantuan dari APBN... kalau jumlahnya fluktuatif... kenaikan dana yang paling terlihat itu sejak tahun 2008.... dari 600 milyar mulai naik menjadi 1 triliun... ketika OTDA berlaku... dana merosot dan program KB

		<p>juga bagus, hanya itu, adanya keterbatasan dana untuk jumlahnya ya fluktuatif, tergantung kondisi..., kalau untuk dana bantuan dari pusat baik itu DAK maupun bantuan dari Pusat yang melalui BKKN Provinsi berkesinambungan, hanya saja jumlahnya fluktuatif...</p>		<p>pun merosot.... ketika kepalanya pa sugiri.... nah beliau gencar mencari dana untuk program KB... baru saat itu dana naik di atas 1 triliun.... sedangkan untuuk bantuan dari APBD Lebak saya kurang tau.</p>
5	<p>Apakah jumlah dana yang tersedia sudah sesuai atau cukup memadai untuk pelaksanaan program KB dan bagaimna proporsi bantu `an dari sumber dana</p>	<p>Belum memadai, kebijakan Bupati tentang program KB ini yah.. yang dipikirkan oleh pa Bupati itu bukan hanya KB saja kan, tapi semua sector.Jadi dengan anggaran yang terbatas ya dibagi-bagi. Tapi dukungan terhadap program KB dari beliau selalu ada..Jadi hubungan dengan Pemerintah juga bagus, hanya itu, adanya keterbatasan dana untuk jumlahnya ya fluktuatif, tergantung kondisi..., Untuk kegiatan opersional bantuan dari pusat tidak ada.....yaitu mungkin yang dari pusat melalui propinsi. Untuk biaya -biaya</p>	<p>Belum memadai, Jadi ada beberapa kegiatan strategis yang diharapkan dengan otonomi itu didukung dari dana APBD tapi ternyata belum juga PEMDA mampu membantu dalam proporsi yang lebih besar.... Apalagi dengan kondisi yang ada di Lebak... mungkin juga prioritaqs KB di Lebak juga tidak tinggi... jadi KB itu nomor sekian....bantuan nya masih minim dari pemda... terutama untuk kepentingan program... karena alatnya sebagian besar masih di cover dari APBN...kalau APBD yah mungkin ada</p>	<p>Belum memadai, jadi baik penyediaan alokon maupun untuk biaya operasional kegiatan KB masih disupport oleh pusat... dan selain itu juga untuk mendukung sarana danprasarana KB masih di support dari pusat yaitu melalui DAK (dana alokasi khusus)...kalau dulu anggaran banyak....kalau sekarang sudah banyak berkurang.. sekarang sudah tidak ada lagi..... idealnya pada tahun 2009 secara nasional program KB membutuhkan dana 3 triliun..... tapi anggaran dana yang diberikan hanya 1,2 triliun..... disitulah terjadi beberapa kendala.. kalau</p>

		<p>operasional, proses penyuluhan, ...yah sebetulnya kalau namanya otonomi daerah itukan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah tapi karena keterbatasan ya seadanyalah. Memang menurut kita penting KB itu tapi menurut pimpinan masih ada yang lebih penting , jadi pada dasarnya jumlah dana bantuan untuk KB di lebak ya masih banyak dari pusat, tapi jugaselalu ada kontribusi maupun perhatian dari pa bupati pemda lebak , tapi y itu karena keterbatasan dana, ya harus dibagi-bagi, menurut kita KB penting, tapi menurut pimpinan masih ada yang lebih penting.</p>		<p>terpenuhi dana yang 3 triliun itu mungkin gerakan KB semakin semarak.....Kalau dulu dananya cukup besar... karena adanya bantuan dana donor luar negeri maupun pinjaman dari luar negeri.....selain itu juga ada macam-macam jenis bantuan, ada bantuan alokon, kendaraan roda dua maupun roda empat, dll...tiap-tiap Kabpaten itu anggarannya beda-beda untuk program KB... ada yang 500 juta...600 juta.... Dan ada juga yang 2 milyar.....Kalau daerah dengan desa tertinggal termasuk sasaran kita karena kita punya program pelayanan untuk daerah tertinggal, terpencil, dan perbatasan....dan merupakan suatu prioritas.....karena KB kan berpihakan kepada masyarakat miskin....berupa bantuan DAK yang langsung turun ke pemda kabupaten/kota</p>
7	<p>Darimana sumber dana untuk pengadaan sarana dan prasarana</p>	<p>DAK ya itu fugsinya yah untuk operasional.... Tahun 2009 untuk mobil</p>	<p>lebak termasuk yang mendapat DAK.... Mereka dapat mobil penerangan..</p>	<p>... dan selain itu juga untuk mendukung sarana danprasarana KB masih di support dari pusat</p>

		<p>pelayanan....tahun 2008 untuk motor....dan lain-lain...Pengadaan program sarana dan prasarana dan petunjuk teknisnya dari BKKBN Pusat. Jadi sekian persen untuk motor, sekian persen untuk laptop, sekian persen untuk BKB KIT , dsb, sudah ada di situ, sekian persen kontribusi dari bupati, untuk DAK (dana Alokasi Khusus) dari pusat langsung ke pemda lebak</p>	<p>gudang alat kontrasepsi.., lalu motor, dari bupatinya juga menambahkan karena itu kan harus ada dana pendampingnya....</p>	<p>yaitu melalui DAK (dana alokasi khusus)...kalau dulu anggaran banyak....kalau sekarang sudah banyak berkurang..</p>
9	<p>Darimana sumber dana untuk alokon ataupun bantuan berupa alokon di kabupaten Lebak</p>	<p>Bantuan DAK itu sangat membantu... untuk bantuan ALOKON, Kalau dari BKKBN Provinsi bantuan nya uang juga ada, dan juga bantuan alat kontrasepsi, ...dan dari APBD Kabupaten Lebak juga, y itu kita bisa liat waktu MURI kemarin dalam satu hari bisa memberi pelayanan implan sampai 5000 orang, y itu alat nya banyak dibantu dari APBD , bantuannya mencapai 1</p>	<p>bantuan nya masih minim dari pemda... terutama untuk kepentingan program... karena alatnya sebagian besar masih di cover dari APBN...kalau APBD yah mungkin ada DAK.... Mereka dapat mobil penerangan.. gudang alat kontrasepsi., Kalau dulu untuk kegiatan operasional juga dari kita... selain bantuan alokon.... . Jadi yah... dananya untuk</p>	<p>terutama dalam penyediaan kontrasepsi, masih bergantung bantuan dari Pusat, walaupun Pemda mnyediakan , hanya menambah yang kurang saja...jadi baik penyediaan alokon maupun untuk biaya operasional kegiatan KB masih disupport oleh pusat</p>

		milyar untuk alokon tersebut	program KB masih mengandalkan dari Pusat....jadi kebutuhan alat kontrasepsi masih di cover oleh APBN...	
10	Darimana sumber dana untuk kegiatan operasional KB	Untuk kegiatan operasional bantuan dari pusat tidak ada.....yaitu mungkin yang dari pusat melalui propinsi. Untuk biaya –biaya operasional, proses penyuluhan, ...yah sebetulnya kalau namanya otonomi daerah itukan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah tapi karena keterbatasan ya seadanyalah. Memang menurut kita penting KB itu tapi menurut pimpinan masih ada yang lebih penting		untuk operasional lapangan mereka (PEMDA Kabupaten/kota) wajib menyediakan, walaupun masih dibantu oleh pusat... idealnya mereka harus menyediakan dana operasional, tapi realitasnya tidak semua PEMDA KB/Kota sanggup.....
D	Pencapaian Target Hasil Program KB			
1.	Apakah pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak telah mencapai hasil sesuai dengan target yang diharapkan	pencapaiannya ya di bilang cukup ya cukup,...tidak optimal... y tapi juga tidak minimal	Saya rasa pencapaian hasil program KB di kabupaten lebak semakin meningkat, walaupun belum maksimal, karena kalau dilihat dari TFR banten walaupun	Saya tidak tau, Tapi secara nasional hasil TFR kita setelah dikoreksi mengalami penurunan menjadi 2,5 tapi belum mencapai target, dan unmet neednya bahkan

			<p>cenderung mengalami penurunan yaitu dari 2,6 menjadi 2,5 dan untuk unmet need nya juga mengalami penurunan yaitu dari 9,7 persen menjadi 9,0 persen, tapi y belum mecapai target yang diharapkan</p>	<p>mengalami peningkatan dari 9,0 menjadi 9,1persen.</p>
--	--	--	---	--



No.	Kategori	Informan Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak			DPRD Kabupaten Lebak
		P4	P5	P6	P7
A	Struktur Birokrasi				
1	Apa Dasar kebijakan Pembentukan Struktur Organisasi BP2KBMPD kabupaten Lebak	<i>Terbentuk sesuai dengan PERDA Kabupaten Lebak No.11 tahun 2007</i>			
2	Bagaimana bentuk struktur Organisasi di BP2KBMPD kabupaten Lebak?	<i>merger 4 yaitu dengan pemberdayaan perempuan, masyarakat dan pemerintah desa</i>			Badan KB Digabung menjadi 4 merger salah satunya dengan pemberdayaan perempuan
3	Apakah struktur organisasi diBP2KBMPD sudah sesuai untuk pelaksanaan program KB di kabupaten Lebak	<i>tidak terlalu menjadi masalah, walaupun merger 4, hal itu dilakukan karena adanya keterbatasan kemampuan dari APBD kabupaten Lebak, kendalanya dari bntk struktur organisasi yang sekarang mungkin jalur birokrasi nya saja jadi lebih panjang, dan</i>			<i>untuk struktur organisasinya ga ada masalah... walaupun dengan merger...tinggal... di bawahnya ini tidak nyambung.. karena tidak ada UPT... jadi sekarang PLKB seperti di titipkan di kantor kecamatan.... Harusnya</i>

		<i>komunikasinya sedikit terhambat.</i>			<i>di bawah badan KB ada UPT di tingkat kecamatan.....</i>
4	Ada/tidaknya hubungan dari struktur organisasi BP2KBMPD dengan struktur organisasi BKKBN Provinsi dan struktur BKKBN Pusat	<i>Ada, Tapi Skarang tidak ada lagi garis vertical atau hubungan langsung dengan BKKBN Provinsi maupun BKKBN Pusat</i>			Ada, Cuma saya melihat ini agak rancu.
5	Ada/tidaknya kendala dalam hubungan atau koordinasi BP2KBMPD dengan BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi dengan struktur organisasi yang sekarang terbentuk				ada, Karena birokrasi nya semakin sulit. Kalau ada pengaduan BP2KBMPD harus melaporkan dulu ke pemda, tidak seperti dulu badan KB kabupaten berhubungan langsung ke BKKBN pusat..

6	<p>Apa dasar kebijakan Pedoman tata laksana/SOP di BP2KBMPD Kabupaten Lebak dalam pelaksanaan Program KB</p>	<p><i>buku pedoman juklak/juknis,... ada , dari pusat</i></p>	<p><i>pertama dasarnya undang-undang Pemerintahan Daerah, pertama undang-undang 22, undang-undang 32 menjadi 4, berikut keuangannya, Peraturan Pemerintah, yang terakhir kan PP 41 tahun 2007 tentang organisasi perangkat daerah, dalamnya itu mengatur apa-apa yang misalnya, termasuk urusanya misalnya PP 38 tahun 2007,</i></p>		<p><i>...ada 1 perda mengenai KB</i></p>

			itu lah dasar-dasar aturannya.		
7	Apakah pedoman tersebut sudah sesuai dan dapat diplikasikan dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak	<p>Sudah sesuai,</p> <p>Tetapi tapi kendalanya ada kekurangan tenaga lapangan, sehingga dalam pelaksanaannya system pencatatan dan pelaporan terhambat.</p>	<p>saya rasa sudah sesuai</p> <p>cukup bisa diaplikasikan, namun ya itu tadi, pelaksanaannya jadi tidak optimal karena satu badan terdiri dari 4 merger, otomatis kemampuan dari pelaksanaannya juga terbatas</p>		<p>Kurang sesuai</p> <p>jadi perda itu baru ke struktur kelembagaannya dengan sistim pedoman tata laksanaanya saja. Tapi yang harus dimasukkan kedalamnya adalah UPT-nya.</p>
8	Instansi apa saja yang terlibat dalam pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak	<p>instansi pemerintah, (legislative, eksekutif, pemda kab. lebak), BP2KBMPD, Dinas Kesehatan, RS pemerintah. serta instansi non pemerintah (LSM), (PKK,) , organisasi profesi, (IDI, IBI); masyarakat: kader</p>	<p>dari Dinas Kesehatan sama PLKB, Dinas kesehatan kan bisa orang-orang puskesmas, bisa orang dinas sendiri. Ada juga</p>	<p>kalau yang terlibat langsung itu BP2KBMPD, Dinkes, ke bawahnya Puskesmas, terus sosial.</p>	<p>Selain dengan dinas kesehatan kita juga terlibat dengan pihak lain, seperti ABRI, polisi, LSM, organisasi agama, IDI, dan lain-lain</p>

		posyandu, TOMA/TOGA	IBI, IDI		
9	Apakah ada koordinasi antar instansi tersebut	<p>rapat rutin,(tidak ada rapat rutin), kegiatan rapat dilkaskan bila ada rencana kegiatan</p> <p>informasi melalui surat, ada bila ada kegiatan</p> <p>kegiatan pelayanan KB rutin, pelayanan kontrasepsi rutin dilakukan di puskesmas dan di posyandu, jadi koordinasi untuk kegiatan yg rutin bersama dengan jajaran dinas kesehatan dan kader posyandu.</p> <p>kegiatan momentum KB , dilakukan dengan berbagai pihak seperti TNI yaitu kegiatan TMKK(TNI Manunggal KB-Kes), dengan Polri, dengan PKK, pada hari ulang tahun IBI, dan IDI., da masing-maing kegiatan ada waktunya</p>	<p>Iya ada, begitu, lewat surat atau lewat pertemuan-pertemuan</p>		<p>Ada, dan....Koordinasinya saya kira bagus..... saya rasa dalam proses pelaksanaan program jadi lebih ringan karena dalam program pelayanan selalu terkait dengan dinas kesehatan.</p>

		<p>masig-masing.</p> <p><i>Pada dasarnya koordinasi sudah cukup terjalin dengan baik dengan berbagai pihak namun keterlibatan kader , dan terutama peran serta dari toma/toga sudah sangat berkurang.</i></p>			
B.	Sumber Daya Manusia				
1.	Apakah BP2KBMPD Kabupaten Lebak memiliki tenaga PLKB	ada	Ada	ada	ada
2.	Apakah jumlah tenaga PLKB di Kabupaten Lebak sudah mencukupi atau memadai	jumlah sebelum otda lebih dari 100 namun jumlah makin menurun dri tahun ke tahun	<i>dulu petugas KBnya banyak, sekarang petugas KBnya jadi sedikit, gitu aja.</i>	<i>dari Tahun 2007 sampai sekarang ya pasti berkurang...53 untuk penyuluh KB.. sampai dengan 2008 pengangkatannya dari honore, jadi kita tidak buka</i>	<i>... PLKB jumlahnya sangat kurang.....</i>

				<p>formasi untuk pelamar umum, sehingga kebutuhan-kebutuhan riil yang ada di lapangan itu tidak bisa terpenuhi karena kita mengangkat dari tenaga honorer. Nah pada tahun 2009 baru kita mulai, 2008 dibuka dari pelamar umum.</p>	
3	Apakah ada kesesuaian antara jumlah PLKB dengan jumlah desa	Kesesuaian jumlah PLKB dengan jumlah desa: dulu sebelum otda sekitar tahun 2002 an, 1 PLKB membina 2 desa, namun sekarang 1PLKB membina 7 desa, bahkan 1 kecamatan			Tidak ada, lebak ini daerah yang terisolir sebenarnya,... infrastrukturnya juga kurang... secara otomatis personilnya harus ditambahkan sedangkan kalau dilihat ternyata jumlah PLKB nya berkurang
4.	Apakah tenaga PLKB ada yang pensiun ataupun mutasi ke instansi	Ada Jumlahnya berkurang sebagian besar karena mutasi dan sebagian	Ada karna sudah banyak yang pensiun juga Bu,	Ada lama-lama kan masuk, seiring dengan pemekaran	Ada, banyak terutama pada tahun 2004 an kalau tidak salah.. Karena

	lain	lagikarena pensiun	terus ada yang pindah-pindah ke Pemda, ke kecamatan, kan gitu	kecamatan, masuk ke kecamatan jadi kepala seksi,	waktu itu ada perubahan struktur, jadi karena masih blm jelas dan tidak ada subsidi apapun dari pemerintah sedangkan mereka diminta oleh instansi lain, yah tentunya mereka memilih untuk pindah sehingga ada yang bekerja di kecamatan dan bahkan di pemda kabupaten..
5	Ada/tidaknya pengrekrutan untuk tenaga PLKB di Kabupaten Lebak	Cara pengrekrutannya melalui pengrekrutan cpns 1 tahun 1 kali, , tapi sejak tahun 1994 belum ada penrekrutan unutk PLKB, baru pada akhir tahun 2009 ada , yaitu 2 PLKB, yang mulai bekerja pada tahun 2010, namun tetap saja jumlahnya masih belum mencukupi			
6	Siapa yang berwenang melakukan pengrekrutan	dan yang bertanggung jawab untuk pengrekrutan adalah PEMDA Kabupaten Lebak			

7	Bagaimana menyiapkan kompetensi dari PLKB tersebut	Melalui pelatihan-pelatihan			
8	Apakah ada pelatihan/pembinaan untuk PLKB	<i>Ada, pelatihan/ seminar, saat ini pelatihan dan pembinaan untuk PLKB/PKB sudah sangat berkurang jumlahnya, mungkin sekitar 1 tahun 2 hingga 3 kali, dan sebagai kalau dulu pelatihan paling tidak diadakan 1 bulan 1 kali oleh pihak BKBBN provinsi Banten, dan terkadang juga dikirim ke BKKBN Pusat.</i>			<i>Ada, dalam penyelenggaraan pelatihan dan pembinaan PKB/PLKB semua itu dananya, pelatihnya, dari kita semua (pemda lebak)..</i>
9	Apa saja jenis pelatihan untuk PLKB	LDU dan lain-lain			

10	Apakah semua PLKB di Kabupaten Lebak sudah mendapat pelatihan /pembinaan	<i>untuk peltihan dasar dan wajib untuk PLKB seperti peltihan LDU itupun belum semua PLKB dilatih LDU</i>			<i>Ada pelatihan pembinaannya dan selama inii saya kira cukup.</i>
11	Siapa penyelenggara Pembinaan dan pelatihan untuk PLKB	<i>penyelnggaranya adalah BKKBN Provinsi Banten</i>			
12.	Darimana pelatih dalam kegiatan pembinaan/pelatihan untuk PLKB	<i>BKKBN provinsi</i>			
13	Apa latar belakang pendidikan PLKB	<i>Latar belakang pendidikan PLKB, untuk plkb rata-rata lulusan SMU, namun ada juga yang lulusan SMP,dan untuk PKB rata-rata lulusan SI namun ada juga yang lulusan SMU</i>			
14	Apakah ada kendala terkait penyelenggaraan peltihan/pembinaan	<i>Kendalanya , dengan pembinaann yang berkurang</i>			

	PLKB				
15	Apakah ada permasalahan terkait dengan jumlah PLKB	<i>Jumlahnya sebagian besar berkurang</i>			<i>...personilnya yang masih kurang...</i>
16	Apakah ada permasalahan terkait kompetensi PLKB	<i>Karena pelatihannya berkurang maka kompetensinya pun berkurang</i>			<i>... latar belakang pendidikan.. pelatihan pembinaan... maupun kompetensi dari PLKB sudah cukup... dan tidak ada masalah...</i>
C	Ketepatan Alokasi Anggaran				
1	Apakah ada alokasi dana untuk pelaksanaan program kb di kabupaten lebak	ada	ada		Ada
2.	Darimana sumber dana untuk pelaksanaan program KB di kabupaten Lebak?	<i>Sumber dana dalam pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak dari dana APBN yaitu dana yang melalui BKKBN Provinsi Banten, dana DAK (Dana Alokasi Khusus), dan Dana dari APBD Kabupaten</i>	<i>ada dari APBN yaitu DAK, ada juga dari APBD Kabupaten Lebak masih nol koma nol sekian lah.. APBN paling 300juta,</i>		<i>... ya APBN... APBD Kabupaten Lebak.... dana pusat melalui BKKBN provinsi..... kalau dari sumber yang lain saya rasa tidak ada....</i>

		<i>Lebak, tidak ada bantuan dari APBD Provinsi Banten, dan sejak tahun 2003 sudah tidak ada lagi bantuan donor luar negeri.</i>	<i>kalau dari APBD semenjak 2008 kan lebih dari 1 Milyar</i>		
3.	Bagaimana sifat dana bantuan tersebut apakah berkesinambungan atau hanya tertentu saja	<i>Setiap tahun selalu ada Bantuan baik dari APBN maupun APBD Kabupaten Lebak</i>			<i>Untuk APBN, jujur saya tidak begitu faham. Kalau untuk bantuan melalui BKKBN Provinsi biasanya kita ada rapat, koordinasi, propinsi yang mengadakan, dan kita diminta masukan-masukannya. Jadi y disesuaikan dengan kebutuhan kita,... dari pemerintah daerah ke pusat langsung, ke kementerian.sedangkan APBD sifat berkesinambungan.</i>
4	Bagaimana dengan jumlah dana bantuan tersebut, apakah jumlahnya bersifat tetap, Terus meningkat, ataukah	<i>jumlahnya fluktuatif</i>	<i>sifat fluktuatif lah, kadang-kadang naik, kadang-kadang turun</i>		<i>Fluktuatif, APBN selalunya tidak tetap dalam anggaran yang dialokasikan, karena kalau dari lebak sendiri anggaran kecil</i>

	fluktuatif				<i>karena pendapatan yang kecil sehingga disesuaikan dengan kondisi lebak.</i>
5	Apakah jumlah dana yang tersedia sudah sesuai atau cukup memadai untuk pelaksanaan program KB dan bagaimna proporsi bantu `an dari sumber dana	Masih belum mencukupi karena kalau mengandalkan dana dari APBD masih sangat kecil sehingga sebagian besar masih mengandalkan bantuan dari pusat			<i>Dari APBD jumlah tidak mencukupi karena disesuaikan dengan hasil pendapatan kabupaten lebak yang cukup rendah. Karena APBD kita yang besarnya kurang lebih 800 Milyar lebih teralokasikan untuk pembangunan 60% dan untuk belanja langsungnya kurang lebih 40%, ini tidak bisa dilakukan sendiri oleh kabupaten, tapi harus juga dilakukan dari pusat Sedangkan dari APBN kadang-kadang tidak tepat akan anggaran yang harus dialokasikan....kadang-kadang kesulitannya adalah program yang kita lakukan, pusat tidak</i>

					<i>mengakomodir apa yang menjadi kebutuhan kita</i>
6	Darimana sumber dana untuk pengadaan sarana dan prasarana	<i>Saat ini bantuan untuk sarana dan prasarana seperti mobil pelayanan, motor untuk pelayanan, alat kesehatan dll itu masih tergantung dari bantuan dana dari pusat yaitu sejak tahun 2008 dan 2009 lebak mendapat bantuan dana DAK(Dana Alokasi Khusus),</i>			
7	Darimana sumber dana untuk alokon ataupun bantuan berupa alokon di kabupaten Lebak	<i>untuk ketersediaan alat/obat kontrasepsi sebagian besar tergantung dari bantuan BKKBN Pusat melalui BKKBN Provinsi yang berasal dari dana APBN, walaupun ada bantuan dari dari dana APBD Kabupaten Lebak untuk alat/obat kontrasepsi walaupun proporsinya masih kecil pada tahun 2009 pemerintah kabupaten lebak memberi bantuan dana sebesar 1.5 Milyar dimana 1 Milyar bantuan untuk alat</i>			

		<i>kontrasepsi</i>			
8	Darimana sumber dana untuk kegiatan operasional KB	<i>Sedangkan untuk kegiatan operasional mendapat dan dari APBD Kabupaten Lebak walaupun proporsinya masih sedikit karena adanya keterbatasan dari kemampuan APBD kabupaten lebak .seperti pada tahun 2009 pemerintah menyediakan 500 juta untuk bantuan operasional</i>			
D	Pencapaian Target Hasil Program KB				
1.	Apakah pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak telah mencapai hasil sesuai dengan target yang diharapkan	<i>Dalam beberapa hal sudah tercapai seperti pencapaian jumlah akseptor aktif, tapi beberapa hal seperti laju pertumbuhan penduduk belum mencapai target, jadi dengan kata lain masih belum maksimal</i>			dari laporan pertanggung jawaban bupati tahun 2009, mungkin tidak sesempurna seperti yang kita harapkan. Belum tercapai realisasinya. Pemerintah masih terfokus dengan infrastruktur, bukan pengembangan SDM-nya.

No.	Kategori	DINKES	PUSKESMAS	RUMAH SAKIT	IDI
		P8	P9	P10	P11
A	Struktur Birokrasi				
3	Apakah struktur organisasi diBP2KBMPD sudah sesuai untuk pelaksanaan program KB di kabupaten Lebak		<p><i>Belum, satu tidak diakomodir, kedua kan semua pakar-pakarnya di sana lebih tahu secara menyeluruh, kebutuhan daerah ya, udah dikelola oleh daerah, seperti yang memimpin di kabupaten saja ngerti ga' ini dengan program KB. Ternyata banyak yang ga', Banyak sekali istilahnya. Itu kan arahnya saya rasa, orangnya tepat ga' untuk mengelola program KB, karena seperti bukan</i></p>		

			<i>bidangnya, gitu. Kalau orang yang sudah bidangnya, kompeten sekali.</i>		
5	Ada/tidaknya kendala dalam hubungan atau koordinasi BP2KBMPD dengan BKKBN Pusat dan BKKBN Provinsi dengan struktur organisasi yang sekarang terbentuk	<i>banyak, kalau sebelum OTDA kan pejabatnya disuplai dari atas. Jadi kalau menurut saya ini ya, yang saya tahu, KB itu hanya sampai ke tingkat propinsi, jadi pejabat-pejabat propinsi diambilnya dari pusat, tapi kalau sudah ke daerah sudah beda lagi, sudah ke kabupaten sudah beda lagi, pemerintah daerah, tapi mereka tetap ada link dengan BKKBN ya...</i>			
6	Apa dasar kebijakan Pedoman tata laksana/SOP di BP2KBMPD	<i>PERDA No.11 tahun 2007</i>		<i>Perda</i>	

	Kabupaten Lebak dalam pelaksanaan Program KB				
7	Apakah pedoman tersebut sudah sesuai dan dapat diplikasikan dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak	<i>Pedomannya Sudah sesuai, tinggal pelaksanaannya yang asih menghadapi kendala...</i>			
8	Instansi apa saja yang terlibat dalam pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak	<i>di lapangan, iya, tadi, dua dinas, KB sama Dinkes ini, kemudian kita melibatkan juga dengan kader, ya, kader posyandu, kader puskesmas, POLRI-TNI, LSM, dan lain-lain</i>		<i>Dinas Kesehatan, Rumah Sakit dan kesehatan. Bahkan pada moment-moment tertentu, misalkan hari bakti Bayangkari, hari bakti KBS, ada juga di KB manunggal, Hari bakti PKK, bisa juga dengan PKK KBS. IBI dan IDI, TNI, kepolisian, PKK, kita sama-sama.</i>	
9.	Apakah ada koordinasi antar antar	<i>Ada cuman memang</i>	<i>..Koordinasi selama ini masih dengan kita</i>	<i>..Bagus saya rasa ya, mereka setiap ada</i>	<i>... kalau ada kegiatan kita</i>

	instansi tersebut	<p><i>kadang-kadang dengan kita suka ada miss komunikasi, dsb. Ya kita tahu programnya dengan jelas, kapan, ini yang tiap tahun saja sampai sekarang saya belum tahu kapan rencana kegiatan kita, dimana dan bilamana belum tahu. Ini nunggu perintah juga. Tiba-tiba nanti ada harus menggerakkan massa sekian, harus melayani KB dimana,. Tidak ada perencanaan satu tahun.jadi kalau saya pikir ya, kalau antara BKKB yang dulu dengan yang sekarang, strukturnya, kalau yang dulu itu dari tingkat pusat sampai tingkat kecamatan, bahkan desa jelas, jadi, ada PLKB</i></p>	<p><i>dengan pihak PLKB Karena kegiatan PLKB itu kan sifatnya koordinasi, jadi mereka itu ada kegiatan-kegiatan momentum gerak PKK misalnya,... nah kalau mereka membutuhkan tenaga untuk pelayanan nya mereka biasanya koordinasikan ke kita....yah pastinya kita bantu tenaga bidan nya dokter juga kalau mereka memerlukannya yah kita bantu, dan di puskes kita juga ada pelayanan untuk KB... dan mereka yang dropping alat KB nya... begitu juga ketika turun ke posyandu.... Mereka koordinasi dengan bidan kita...”</i></p>	<p><i>kegiatan KB memerlukan keterlibatan RS..seperti MOP, MOW.. mereka menginformasikan ke kita, bahkan, koordinasinya juga cukup baik , kalau ada kasus komplikasi KB, mereka koordinasikan ke kita... jadi yah kita beri pelayanan nya ... jadi bisa dijalankan secara sempurna. Kita membutuhkan suatu perangkat teknis yang diperlukan dan lembaga KB itu yang menjalankan...kita lebih di pelayanan medisnya , jadi nggak bisa dipisahkan.</i></p>	<p><i>koordinasi dengan pihak BP2KBMPD dan Dinas Kesehatan...dan koordinasi terutama pada kegiatan momentum KB.....juga koordinasi saat ulang tahun IDI...</i></p>
--	-------------------	--	---	---	--

B.	Sumber Daya Manusia				
1.	Apakah BP2KBMPD Kabupaten Lebak memiliki tenaga PLKB	ada	ada	ada	ada
2.	Apakah jumlah tenaga PLKB di Kabupaten Lebak sudah mencukupi atau memadai	<i>Kalau sekarang boleh dihitung dengan jari, ada yang masih ada petugas proyek KB lapangan, ada juga yang memang sudah tidak ada, banyak yang pindah jadi satpol PP</i>	<i>..... tapi yah itu sekarang karena tenaga PLKB nya sudah banyak berkurang... bidan kita seringkali harus turun sendiri di posyandu.... Otomatis bidan bidan kita harus merangkap tugas yang biasanya di kerjakan PLKB sebelumnya...</i>		
3	Apakah ada kesesuaian antara jumlah PLKB dengan jumlah desa	<i>harusnya kalau jaman saya, setahu saya waktu KB jaman Hayono Suyono, jaman dulu BKKBN itu, tiap desa ada petugas PLK sekarang</i>	<i>Satu kecamatan, satu wilayah kerja Puskesmas ya, satu wilayah kerja Puskesmas satu orang, satu kecamatan dua orang, karena satu</i>		

		<i>tidak yah..</i>	<i>kecamatan Warung Gunung ini ada dua wilayah kerja Puskesmas, Baros sama Warung Gunung, jadi PLKBnya di Baros satu di sini satu, itu pun PLKB pegang rangkap sama staf PLKB, kalau dulu kan pengawas, staf, PLKB, nah sekarang merangkap, staf pengawas dengan PLKB jadinya.</i>		
4.	Apakah tenaga PLKB ada yang pensiun ataupun mutasi ke instansi lain	<i>ada juga yang memang sudah tidak ada, banyak yang pindah jadi satpol PP</i>		<i>Ada dan berkurang karena pada mutasi</i>	
7	Bagaimana menyiapkan kompetensi dari PLKB tersebut		<i>Kalau dulu itu rutin ya, minimal setahun sekali itu pasti ada pelatihan. Tapi sekarang, saya sebagai pengelola KB di sini, sudah berapa tahun ya ga' ikut pelatihan.</i>		

9	Apa saja jenis pelatihan untuk PLKB	pelatihannya ada yang KIE ada yang LDU ya			
15	Apakah ada permasalahan terkait dengan jumlah PLKB		<p><i>kalau dulu itu bareng ke posyandu, setiap ada jadwal posyandu PLKB pasti ada. Nah sekarang, kita mau ngasih tau PLKBnya juga PLKB bingung karena PLKBnya Cuma satu. Kadang kita kasih tau kebetulan beliau kesini, juga, Masyarakat itu kalau dibilang sih ya, pada masa keemasannya itu lebih dekat dengan PLKB, karena memang PLKB kan terjun langsung, ada disitu ada masyarakat, ada kelompok akseptor, ada Pos KBnya. Nah sekarang yang masih berdiri, yang masih kelihatan, masih ada,</i></p>	<p><i>Hanya dulu, kalau misalnya ada beberapa desa satu PLKB, hanya kebetulan sekarang kelihatannya kantor KBnya juga sudah sulit disatukan, ada yang di kecamatan, dulu itu ada khusus</i></p>	

			<i>masih di akui itu Pos KB...</i>		
C	Ketepatan Anggaran	Alokasi			
3.	Bagaimana sifat dana bantuan tersebut apakah berkesinambungan atau hanya tertentu saja	<i>Untuk APBN, jujur saya tidak begitu faham. Kalau untuk bantuan melalui BKKBN Provinsi biasanya kita ada rapat, koordinasi, propinsi yang mengadakan, dan kita diminta masukan-masukannya. Jadi y disesuaikan dengan kebutuhan kita</i>			
5	Apakah jumlah dana yang tersedia sudah sesuai atau cukup	<i>Target tidak sesuai karena menurut saya karena minimnya Bagi</i>	<i>Kalau anggaran, yang saya dengar slenting-slenting, itu</i>		

	<p>memadai untuk pelaksanaan program KB dan bagaimna proporsi bantu `an dari sumber dana</p>	<p><i>kami seperti itu... Kami kasian sama petugas-petugas kesehatan, yang memang melaksanakan KB, ayudi, implan. Cuman mereka ya tidak ada perencanaan, pendanaan yang khusus</i></p>	<p><i>anggaran untuk KB itu minim sekali, yang saya rasakan ya, dulu untuk PLKB itu banyak sekali. untuk pelatihannya cukup, untuk sarana prasarana yang dipakai, seperti kendaraan, sampai ke payung, senter, sepatu, segala, itu dipenuhin kalau dulu. Kemudian alat bantu KIE, untuk buku-buku visum kegiatan, kan kita semua profesional ya, itu difasilitasi semua, sampai buku agenda semua ada. Udah jelas. Targetnya jelas. Memang kalau dilihat dari perencanaan, kegiatan sampai outputnya itu sudah bagus. Sebelum OTDA, itu ya rasa lebih bagus. Memang kalau boleh ngasih saran ya, itu diambil</i></p>		
--	--	--	--	--	--

			<i>alih saja sama pusat lagi.</i>		
D	Pencapaian Target Hasil Program KB				
1.	Apakah pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak telah mencapai hasil sesuai dengan target yang diharapkan	<i>.. angka kematian ibu dan bayi di lebak ini cukup tinggi bila dibandingkan dengan kabupaten lainnya di provinsi banten..</i>	<i>... di lebak ini unmet need nya masih tinggi.. seringnya karena kontrasepsi yang disukai oleh masyarakat tidak tersedia, jadi keinginan masyarakat tidak terakomodir..</i>		

No.	Kategori	PKK	TOMA/TOGA	KADER	AKSEPTOR
		P12	P13	P14	P15
A	Struktur Birokrasi				

7	Apakah pedoman tersebut sudah sesuai dan dapat diplikasikan dalam pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak				
8	Instansi apa saja yang terlibat dalam pelaksanaan program KB di Kabupaten Lebak	PKK sendiri, dinkes, ABRI juga dll.	<i>Ada dengan PKK, ABRI, dan juga dengan masyarakat</i>	Ada, dengan puskesmas, dinkes, PKK, ABRI, posyandu dan juga kader sendiri..	
9.	Apakah ada koordinasi antar antar instansi tersebut	Iya, kalau ada kegiatan-kegiatan PKK aja..Tidak ada rapat rutin hanya koordinasi kalau ada kegiatan-kegiatan tertentu saja	<i>Berdasarkan pengamatan saya sih koordinasi itu berjalan baik.Seperti waktu ada Rekor Muri kemarin, pihak pemerintah, ABRI dan rakyat berkoordinasi dengan baik dalam kegiatan itu</i> <i>...tapi sayangnya hanya momentum saja... dan juga koordinasi dengan</i>	Koordinasi sih bagus Cuma yah kalau ada kegiatan aja bukan rutin sih..	

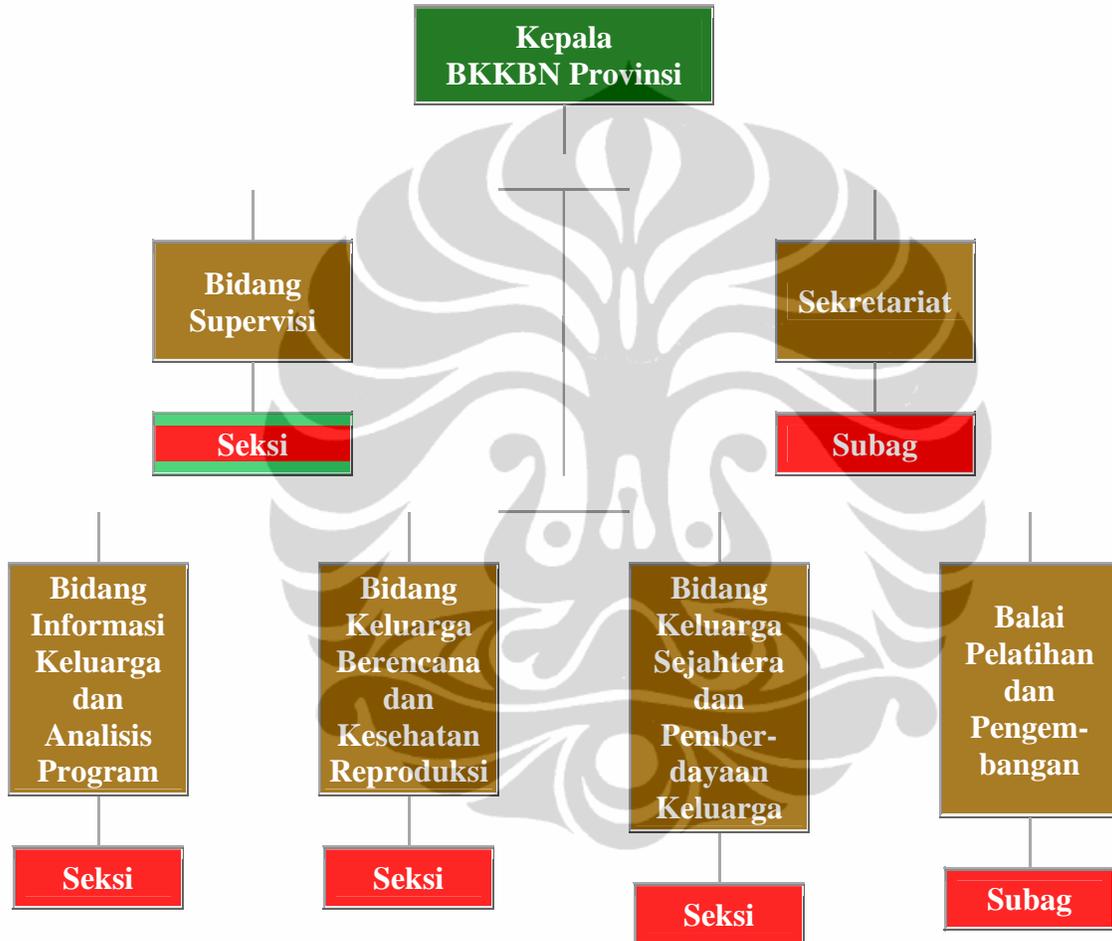
			<i>kita tidak terjalin seperti dulu ...kalau sekarang kita jarang dilibatkan dengan kegiatan-kegiatan KB... ”</i>		
B.	Sumber Daya Manusia				
1.	Apakah BP2KBMPD Kabupaten Lebak memiliki tenaga PLKB	Ya ada	Ada	Ada	Kaya sih ada ya
2.	Apakah jumlah tenaga PLKB di Kabupaten Lebak sudah mencukupi atau memadai			<i>... tapi kalau petugas penyuluh KB yah jarang.... Kalau dulu kita enak kalau mo nyatet atau bikin laporan ya ada petugas KB nya yang bantuin ... kalau sekarang si yah kita aja sendiri.... Nanti laporannya trus kita kasih nya ke puskesmas...</i>	Saya tidak tau pasti, Cuma yang saya tau kalau dulu mah petugas KB tuh banyak datang kerumah-rumah, kalaau sekarang mah gak kedengaran yah..

C	Ketepatan Alokasi Anggaran				
D	Pencapaian Target Hasil Program KB				
1.	Apakah pelaksanaan Program KB di Kabupaten Lebak telah mencapai hasil sesuai dengan target yang diharapkan	Belum sih rasanya masih banyak masyarakat yang belum terjangkau program ini di kabupaten ini..		Belum angka kelahirannya masih sangat tinggi sekali disini, pelayanannya juga masih blum terakomodir ke masyarakat terutama daerah-daerah yang terpencil..	

Lampiran 4

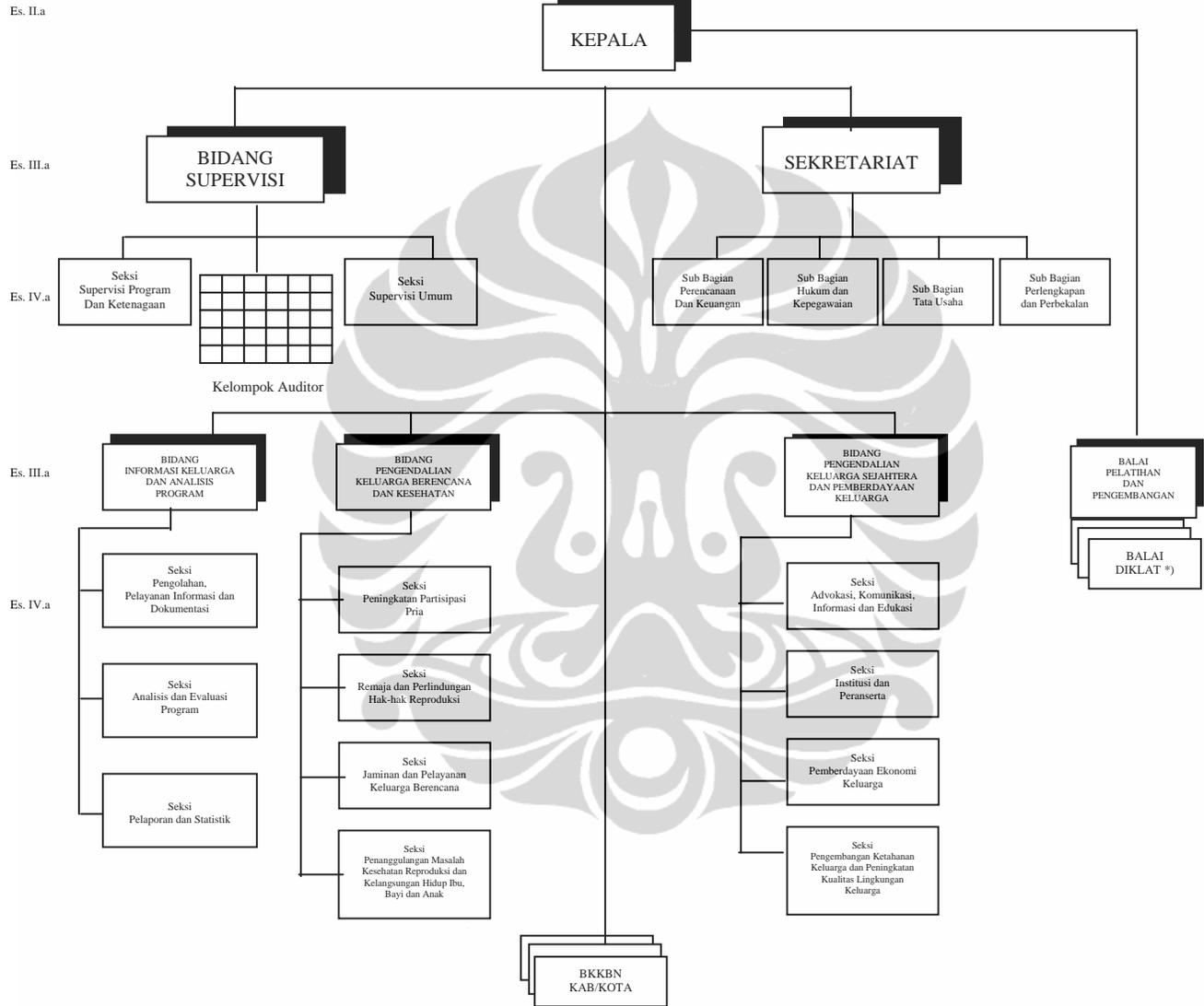
STRUKTUR ORGANISASI BKKBN PROVINSI BANTEN

Keputusan Meneg PP/Kepala BKKBN No. 10/HK-010/B5/2001



Lampiran 5

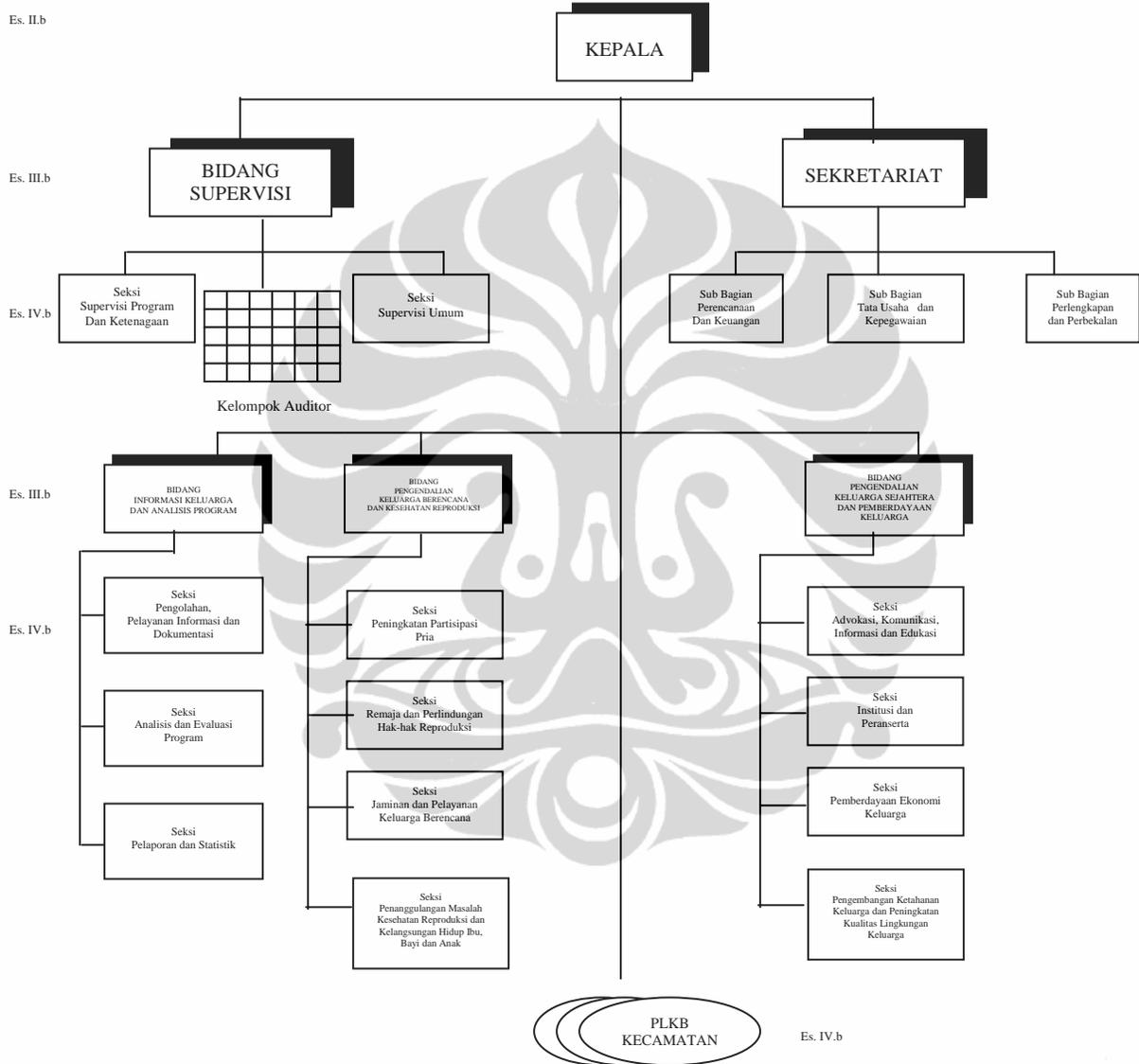
STRUKTUR ORGANISASI BKKBN PROPINSI
(KEPMEN PP/KA. BKKBN NOMOR 70/HK-010/B5/2001 TGL. 27-3-2001)



*) Berlokasi di :
 - Prop. Jatim Malang, Blitar dan Madiun
 - Prop. Jateng Pati, Ambarawa dan Banyumas
 - Prop. Jabar Cirebon, Garut dan Bogor

Lampiran 6

STRUKTUR ORGANISASI BKKBN PROPINSI
(KEPMEN PP/KA. BKKBN NOMOR 70/HK-010/B5/2001 TGL. 27-3-2001)



Lampiran 7

Keputusan Presiden Nomor 103/2001

PEMBAGIAN URUSAN PEMERINTAHAN BIDANG KELUARGA BERENCANA DAN KELUARGA SEJAHTERA

SUB BIDANG	SUB SUB BIDANG	PEMERINTAH	PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA
1. Pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi	1. Kebijakan dan Pelaksanaan Jaminan dan Pelayanan KB, Peningkatan Partisipasi Pria, Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi, serta Kelangsungan Hidup Ibu, Bayi dan Anak	1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, dan kelangsungan hidup ibu, bayi, dan anak skala nasional.	1.a. Penetapan kebijakan jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi serta kelangsungan hidup ibu, bayi, dan anak skala provinsi. b. Pemberian dukungan operasional jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, serta kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala provinsi. 2.a. Pemberian	1.a. Penetapan kebijakan jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, serta kelangsungan hidup ibu, bayi, dan anak skala kabupaten/kota. b. Penyelenggaraan dukungan pelayanan rujukan KB dan kesehatan reproduksi, operasionalisasi jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, serta kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala kabupaten/kota. c. Penetapan dan pengembangan jaringan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, termasuk pelayanan KB di rumah sakit skala kabupaten/kota. 2.a. Penetapan perkiraan sasaran pelayanan KB, sasaran peningkatan perencanaan kehamilan, sasaran peningkatan partisipasi pria, sasaran "Unmet Need", sasaran penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, serta sasaran kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala kabupaten/kota. b. Penyerasian dan penetapan kriteria serta kelayakan tempat pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi,

		<p>2.a. Penetapan pedoman, norma, standar, prosedur, dan kriteria dan pengembangan jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, serta kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala nasional.</p>	<p>dukungan pelaksanaan pedoman upaya peningkatan jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, serta kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala provinsi.</p>	<p>serta kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala kabupaten/kota.</p> <p>3.a. Pelaksanaan jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, serta kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Pemantauan tingkat drop out peserta KB.</p> <p>c. Pengembangan materi penyelenggaraan jaminan dan pelayanan KB dan pembinaan penyuluh KB.</p> <p>d. Perluasan jaringan dan pembinaan pelayanan KB.</p> <p>e. Penyelenggaraan dukungan pelayanan rujukan KB dan kesehatan reproduksi.</p> <p>f. Penyelenggaraan dan fasilitasi upaya peningkatan kesadaran keluarga berkehidupan seksual yang aman dan memuaskan, terbebas dari HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS).</p> <p>g. Pembinaan penyuluh KB.</p> <p>h. Peningkatan kesetaraan dan keadilan gender terutama partisipasi KB pria dalam pelaksanaan program pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.</p> <p>4.a. Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan kontrasepsi mantap dan kontrasepsi jangka panjang yang lebih terjangkau, aman, berkualitas dan merata skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Pelaksanaan distribusi dan pengadaan sarana, alat, obat, dan cara kontrasepsi, dan pelayanannya dengan prioritas keluarga miskin dan kelompok rentan skala kabupaten/kota.</p> <p>c. Penjaminan ketersediaan sarana,</p>
		<p>3.a. Pengelolaan jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi serta kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala nasional.</p>	<p>3.a. Pengelolaan jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, serta kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak skala provinsi.</p> <p>4.a. Penyediaan sarana, alat, obat, dan cara kontrasepsi skala</p>	

		<p>4.a. Penyediaan sarana, alat, obat, dan cara kontrasepsi skala nasional.</p> <p>5.a. Penetapan pedoman dan pengembangan model promosi pemenuhan hak-hak reproduksi dan promosi kesehatan reproduksi skala nasional.</p>	<p>provinsi.</p> <p>5.a. Pemberian dukungan penyelenggaraan promosi pemenuhan hak-hak reproduksi dan promosi kesehatan reproduksi skala provinsi.</p>	<p>alat, obat, dan cara kontrasepsi bagi peserta mandiri skala kabupaten/kota.</p> <p>5.a. Pelaksanaan promosi pemenuhan hak-hak reproduksi dan promosi kesehatan reproduksi skala kabupaten/ kota.</p> <p>b. Pelaksanaan informed choice dan informed consent dalam program KB.</p>
2. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)	1. Kebijakan dan Pelaksanaan KRR dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan KRR, pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) skala nasional.</p> <p>2.a. Penetapan pedoman, norma, standar, prosedur, dan kriteria dan pengembangan KRR, pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala nasional.</p> <p>3.a. Pengelolaan KRR,</p>	<p>1.a. Penetapan kebijakan KRR, pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala provinsi.</p> <p>b. Pemberian dukungan operasional KRR, pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala provinsi.</p> <p>2.a. Fasilitasi pelaksanaan pedoman, norma, standar, prosedur, dan kriteria KRR, pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala provinsi.</p> <p>3.a. Pengelolaan KRR, pencegahan HIV/AIDS,</p>	<p>1.a. Penetapan kebijakan KRR, pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala kabupaten/ kota.</p> <p>b. Penyelenggaraan dukungan operasional KRR, pencegahan HIV/AIDS, IMS dan NAPZA skala kabupaten/kota.</p> <p>2.a. Penetapan perkiraan sasaran pelayanan KRR, pencegahan HIV/AIDS, IMS dan NAPZA skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Penyerasian dan penetapan kriteria serta kelayakan tempat pelayanan KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala kabupaten/ kota.</p> <p>3.a. Penyelenggaraan pelayanan KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala kabupaten/ kota.</p> <p>b. Penyelenggaraan kemitraan pelaksanaan KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan</p>

		<p> Pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala nasional.</p> <p>4. Pengembangan SDM pengelola, pendidik sebaya dan konselor sebaya KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA baik antara sektor pemerintah dengan sektor LSOM skala nasional.</p>	<p>IMS dan bahaya NAPZA skala provinsi.</p> <p>4. Pemanfaatan tenaga SDM pengelola, pendidik sebaya dan konselor sebaya KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA baik antara sektor pemerintah dengan sektor LSOM skala provinsi.</p>	<p>bahaya NAPZA baik antara sektor pemerintah dengan sektor Lembaga Swadaya Organisasi Masyarakat (LSOM) skala kabupaten/kota.</p> <p>c. Penetapan fasilitas pelaksanaan KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA baik antara sektor pemerintah dengan sektor LSOM skala kabupaten/kota.</p> <p>d. Pelaksanaan KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan NAPZA baik antara sektor pemerintah dengan sektor LSOM skala kabupaten/kota.</p> <p>e. Penetapan sasaran KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala kabupaten/kota.</p> <p>f. Penetapan prioritas kegiatan KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA skala kabupaten/kota.</p> <p>4. Pemanfaatan tenaga SDM pengelola, pendidik sebaya dan konselor sebaya KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS dan bahaya NAPZA baik antara sektor pemerintah dengan sektor LSOM skala kabupaten/kota.</p>
3. Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga	1. Kebijakan dan Pelaksanaan Pengembangan Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala nasional.</p> <p>2.a. Penetapan pedoman, norma, standar, prosedur, kriteria, dan pengembangan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala nasional.</p>	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala provinsi.</p> <p>2.a. Fasilitasi pelaksanaan pedoman, norma, standar, prosedur, kriteria, dan pengembangan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala provinsi.</p>	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Penyelenggaraan dukungan pelayanan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>2.a. Penyerasian penetapan kriteria pengembangan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Penetapan sasaran Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), dan Bina Keluarga Lansia (BKL) skala kabupaten/kota.</p>

		3.a. Pengelolaan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala nasional.	3.a. Pengelolaan operasional ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala provinsi.	<p>3.a. Penyelenggaraan BKB, BKR, dan BKL termasuk pendidikan pramelahirkan skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Pelaksanaan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>c. Pelaksanaan model-model kegiatan ketahanan dan pemberdayaan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>d. Pembinaan teknis peningkatan pengetahuan, keterampilan, kewirausahaan dan manajemen usaha bagi keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera I alasan ekonomi dalam kelompok Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) skala kabupaten/kota.</p> <p>e. Pelaksanaan pendampingan/magang bagi para kader/anggota kelompok UPPKS skala kabupaten/kota.</p> <p>f. Pelaksanaan kemitraan untuk aksesibilitas permodalan, teknologi, dan manajemen serta pemasaran guna peningkatan UPPKS skala kabupaten/kota.</p> <p>g. Peningkatan kualitas lingkungan keluarga skala kabupaten/kota.</p>
4. Penguatan Pelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas	1. Kebijakan dan Pelaksanaan Penguatan Pelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas dan Jejaring Program	1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala nasional.	1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala provinsi.	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Penyelenggaraan dukungan operasional penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala kabupaten/kota.</p> <p>2.a. Penetapan perkiraan sasaran pengembangan penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala kabupaten/kota.</p>

		<p>2.a. Penetapan pedoman, norma, standar, prosedur dan kriteria dan pengembangan penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala nasional.</p>	<p>2.a.Fasilitasi pelaksanaan pedoman, norma, standar, prosedur dan kriteria penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala provinsi.</p>	<p>b. Pemanfaatan pedoman pelaksanaan penilaian angka kredit jabatan fungsional penyuluh KB.</p> <p>c. Penetapan petunjuk teknis pengembangan peran Institusi Masyarakat Pedesaan/Perkotaan (IMP) dalam program KB nasional.</p> <p>d. Penetapan formasi dan sosialisasi jabatan fungsional penyuluh KB.</p> <p>e. Pendayagunaan pedoman pemberdayaan dan penggerakan institusi masyarakat program KB nasional dalam rangka kemandirian.</p> <p>f. Penetapan petunjuk teknis peningkatan peran serta mitra program KB nasional.</p> <p>3.a. Pelaksanaan pengelolaan personil, sarana dan prasarana dalam mendukung program KB nasional, termasuk jajaran medis teknis tokoh masyarakat dan tokoh agama.</p> <p>b. Penyediaan dan pemberdayaan tenaga fungsional penyuluh KB.</p>
		<p>3. a. Pengelolaan penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala nasional.</p>	<p>3.a. Pengelolaan operasional penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas dan jejaring program skala</p>	<p>c. Penyediaan dukungan operasional penyuluh KB.</p> <p>d. Penyediaan dukungan operasional IMP dalam program KB nasional.</p> <p>e. Pelaksanaan pembinaan teknis IMP dalam program KB nasional.</p> <p>f. Pelaksanaan peningkatan kerjasama dengan mitra kerja program KB nasional dalam rangka kemandirian.</p> <p>g. Penyiapan pelaksanaan pengkajian dan pengembangan</p>

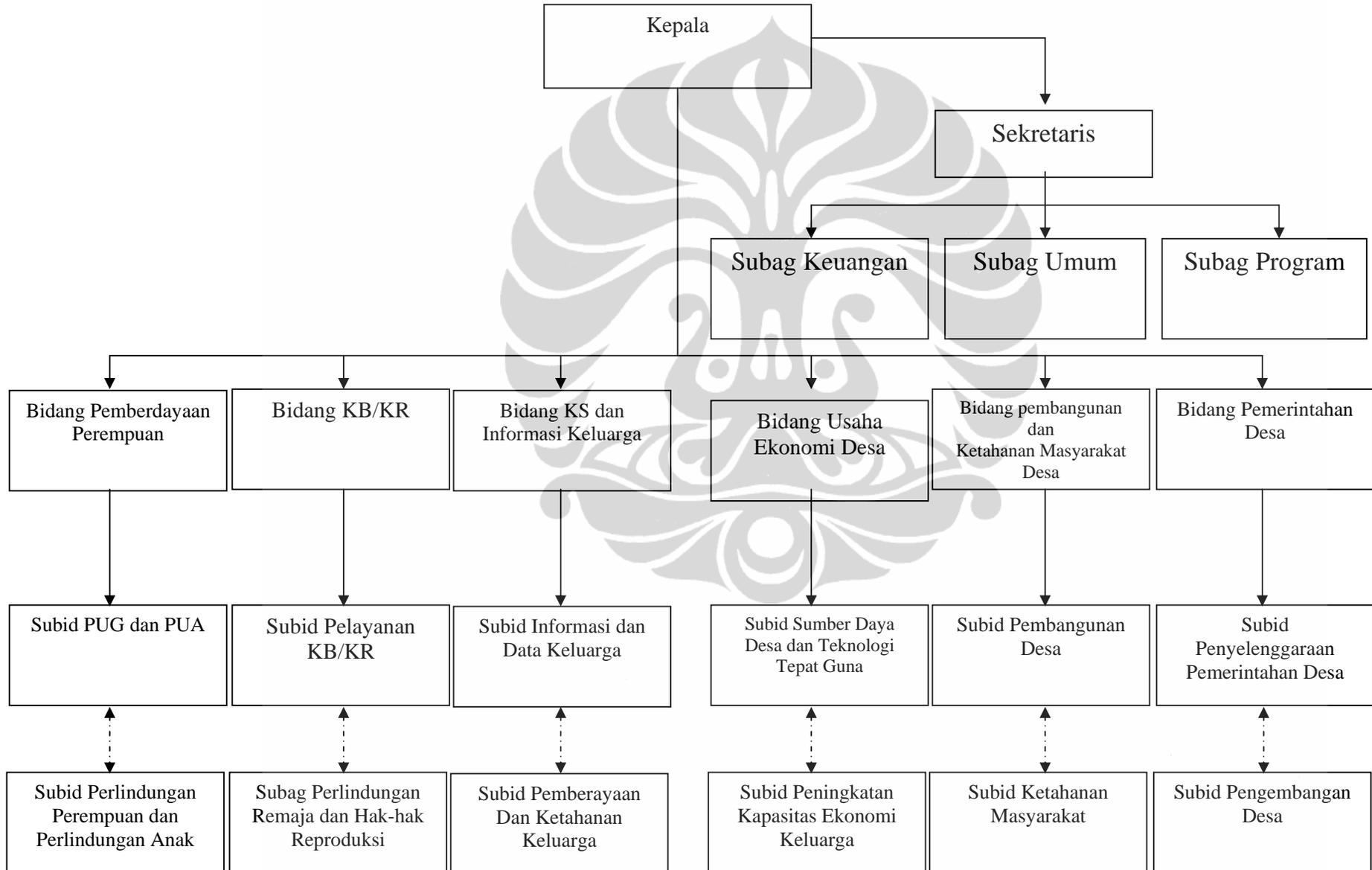
			<p>provinsi.</p> <p>b. Penyiapan pelaksanaan pengkajian dan pengembangan program KB nasional, serta pemanfaatan hasil kajian dan penelitian.</p>	<p>program KB nasional di kabupaten/kota.</p> <p>h. Pemanfaatan hasil kajian dan penelitian.</p> <p>i. Pendayagunaan kerjasama jejaring pelatih terutama pelatihan klinis kabupaten/kota.</p> <p>j. Pendayagunaan SDM program terlatih, serta perencanaan dan penyiapan kompetensi SDM program yang dibutuhkan kabupaten/kota.</p> <p>k. Pendayagunaan bahan pelatihan sesuai dengan kebutuhan program peningkatan kinerja SDM.</p>
5. Advokasi dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)	1. Kebijakan dan Pelaksanaan Advokasi dan KIE	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan advokasi, KIE, serta konseling program KB nasional.</p> <p>2.a. Penetapan pedoman, norma, standar, prosedur dan kriteria pengembangan advokasi dan KIE skala nasional.</p> <p>3.a. Pengelolaan advokasi dan KIE skala nasional.</p>	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan advokasi dan KIE skala provinsi.</p> <p>b. Fasilitasi operasional advokasi dan KIE skala provinsi.</p> <p>2.a. Fasilitasi pelaksanaan pedoman pengembangan advokasi dan KIE skala nasional.</p> <p>3.a. Pengelolaan pengembangan advokasi dan KIE skala provinsi.</p>	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan advokasi dan KIE skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Penyelenggaraan operasional advokasi KIE skala kabupaten/kota.</p> <p>2.a. Penetapan perkiraan sasaran advokasi dan KIE skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Penyerasian dan penetapan kriteria advokasi dan KIE skala kabupaten/kota.</p> <p>3.a. Pelaksanaan advokasi, KIE, serta konseling program KB dan KRR.</p> <p>b. Pelaksanaan KIE ketahanan dan pemberdayaan keluarga, penguatan kelembagaan dan jaringan institusi program KB.</p> <p>c. Pemanfaatan prototipe program KB/Kesehatan Reproduksi (KR), KRR, ketahanan dan pemberdayaan keluarga, penguatan pelemagaan keluarga kecil berkualitas.</p> <p>d. Pelaksanaan promosi KRR termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS, dan bahaya NAPZA dan perlindungan hak-hak</p>

				reproduksi.
6. Informasi dan Data Mikro Kependudukan dan Keluarga	1. Kebijakan dan Pelaksanaan Data Mikro Kependudukan dan Keluarga	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala nasional.</p> <p>2.a. Penetapan pedoman, norma, standar, prosedur, kriteria dan pengembangan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala nasional.</p> <p>3.a. Pengelolaan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala nasional.</p>	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala provinsi.</p> <p>b. Fasilitasi operasional pengelolaan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala provinsi.</p> <p>2.a. Fasilitasi pelaksanaan pedoman pengembangan informasi dan data mikro kependudukan dan keluarga skala provinsi.</p> <p>3.a. Pengelolaan pengembangan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala provinsi.</p>	<p>1.a. Penetapan kebijakan dan pengembangan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Penyelenggaraan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>2.a. Penetapan perkiraan sasaran pengembangan informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>b. Informasi serta data mikro kependudukan dan keluarga skala kabupaten/kota.</p> <p>3.a. Pelaksanaan operasional sistem informasi manajemen program KB nasional.</p> <p>b. Pemutakhiran, pengolahan, dan penyediaan data mikro kependudukan dan keluarga.</p> <p>c. Pengelolaan data dan informasi program KB nasional serta penyiapan sarana dan prasarana.</p> <p>d. Pemanfaatan data dan informasi program KB nasional untuk mendukung pembangunan daerah.</p> <p>e. Pemanfaatan operasional jaringan komunikasi data dalam pelaksanaan e-government dan melakukan diseminasi informasi.</p>
7. Keserasian Kebijakan Kependudukan	1. Penyerasian dan Keterpaduan Kebijakan Kependudukan	1. Penetapan kebijakan terpadu antara perkembangan kependudukan (aspek	1. Pelaksanaan kebijakan terpadu antara perkembangan kependudukan	1. Penyelenggaraan kebijakan teknis operasional dan pelaksanaan program kependudukan terpadu antara perkembangan kependudukan

		<p>kuantitas, kualitas, dan mobilitas) dengan pembangunan di bidang ekonomi, sosial budaya dan lingkungan.</p> <p>2. Pengkajian dan penyempurnaan peraturan perundangundangan yang mengatur perkembangan dan dinamika kependudukan.</p> <p>3.a. Pengelolaan dan penyerasian isu kependudukan ke dalam program pembangunan sektoral dan daerah.</p>	<p>(aspek kuantitas, kualitas, dan mobilitas) dengan pembangunan di bidang ekonomi, sosial budaya dan lingkungan.</p> <p>2. Pengkajian dan penyempurnaan peraturan daerah yang mengatur perkembangan dan dinamika kependudukan di provinsi.</p> <p>3.a. Penyerasian isu kependudukan ke dalam program pembangunan di provinsi.</p>	<p>(aspek kuantitas, kualitas, dan mobilitas) dengan pembangunan di bidang ekonomi, sosial budaya dan lingkungan di daerah kabupaten/kota.</p> <p>2. Pengkajian dan penyempurnaan peraturan daerah yang mengatur perkembangan dan dinamika kependudukan di daerah kabupaten/kota.</p> <p>3.a. Penyerasian isu kependudukan ke dalam program pembangunan di daerah kabupaten/kota.</p> <p>b. Pengkajian dan penyempurnaan peraturan daerah yang mengatur perkembangan dan dinamika kependudukan di daerah kabupaten/kota.</p>
8. Pembinaan	1. Kebijakan dan Pelaksanaan Pembinaan	1. Pengembangan dan penetapan kebijakan pembinaan, dan penyelenggaraan monitoring, evaluasi, fasilitasi, asistensi, dan supervisi pelaksanaan program KB nasional.	1. Dukungan pelaksanaan monitoring, evaluasi, asistensi, fasilitasi, dan supervisi pelaksanaan program KB nasional.	1. Monitoring, evaluasi, asistensi, fasilitasi, dan supervisi pelaksanaan program KB nasional di kabupaten/kota.

Lampiran 8

STRUKTUR ORGANISASI BP2KBMPD KABUPATEN LEBAK



Lampiran 9

Keppres No.103/2001 diimplementasikan oleh BKKBN melalui program-programnya,

yaitu:

PROGRAM POKOK	KEGIATAN PRIORITAS	OUTPUT / INDIKATOR KINERJA
Program Keluarga Berencana	1. Jaminan pelayanan KB berkualitas bagi rakyat miskin	Tersedianya alkon gratis bagi PUS peserta KB miskin (PB = 3.027 jt & PA = 13,263 Jt)
	2. Peningkatan jejaring pelayanan KB pemerintah dan swasta/non pemerintah	1. Terlayannya pelayanan KB melalui KKB pemerintah & swasta 23.500 2. Pemberi pelayanan KB swasta lainnya (PAKBD, apotek, dokter dan bidan) berjumlah 72.200 SDP
Program Kesehatan Reproduksi Remaja	1. Pembentukan, pengembangan, pengelolaan & pelayanan PIK-KRR	2. Peningkatan jumlah PIK KRR menjadi 8.145 3. 26% remaja yang pernah akses PIK KRR 4. PUP menjadi 21 tahun
	2. Advokasi dan KIE KRR	Terlaksananya sosialisasi dan KIE KRR di 473 kab/kota dan 33 provinsi

Ketahanan dan pemberdayaan keluarga	1. Peningkatan akses informasi dan pelayanan pemberdayaan dan ketahanan keluarga	Peningkatan kemandirian ber KB bagi anggota poktan (BKB, BKR, BKL dan UPPKS)
Program Pengelolaan Kapasitas Sumber Daya Manusia Aparatur	Peningkatan kompetensi petugas dan pengelola program (tenaga program)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya pelatihan dasar umum , refreshing dan tehnis bagi 28,458 PLKB/PKB serta pengelola KB agar terpenuhi standar kompetensi. 2. Terselenggaranya pendidikan jangka panjang/pendek bagi 580 orang

