



Warta

DEMOGRAFI

WAHANA MEMASYARAKATKAN PENYIRIAN DEMOGRAFI

TAHUN KE-41 - Jilid 1 - 2011

- 
- ISU-ISU TERKINI TENTANG KEPENDUDUKAN PERIODE OKTOBER-DESEMBER 2011
 - PROGRAM KELUARGA BERENCANA DI ERA OTONOMI DAERAH
 - KEPENDUDUKAN SEBAGAI ELEMEN UTAMA DALAM PEMBANGUNAN
 - DINAMIKA KEPENDUDUKAN DAN KETENAGAKERJAAN INDONESIA
 - DESA MENDELEM KECAMATAN BELIK, KABUPATEN PEMALANG

PROGRAM KELUARGA BERENCANA DI ERA OTONOMI DAERAH



Sonny Harry B. Harmadi
adalah Kepala Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
Email: sonny_harmadi@yahoo.com

ABSTRAK

Sistem sentralisasi berlaku hampir sepanjang sejarah Indonesia merdeka dan berakhir sejak pemberlakuan otonomi daerah di tahun 2001. Selama pemerintahan Orde Baru yang menganut sistem sentralistik, pemerintah menaruh perhatian besar terhadap pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB) di bawah kewenangan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Namun saat ini, kinerja KB diakui melambat setelah era otonomi daerah dengan diserahkannya urusan KB ke pemerintah kabupaten/kota. Kelembagaan KB antar daerah sangat beragam yang menunjukkan adanya perbedaan komitmen kebijakan KB di masing-masing daerah. Otonomi daerah (desentralisasi) memberikan kewenangan bagi pemerintah daerah untuk menetapkan program dan anggaran KB, namun memungkinkan adanya variasi kebijakan antar daerah. Perbedaan tersebut pada akhirnya tercermin dalam variasi kinerja kependudukan di masing-masing daerah. Dalam konteks yang lebih luas, para pemangku kebijakan perlu menyadari bahwa demografi, kesehatan, dan KB memiliki peran penting dalam mempengaruhi pembangunan ekonomi dalam jangka panjang.

Kata kunci: KB, sentralisasi, desentralisasi, otonomi daerah, kelembagaan

PENDAHULUAN

Di tahun 2010, jumlah penduduk Indonesia telah mencapai 237,6 juta orang (Sensus Penduduk 2010) dengan rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) per tahun sebesar 1,49 persen. Dalam satu dasa warsa terakhir Indonesia secara konsisten terus menjadi negara berpenduduk terbesar keempat di dunia. Besarnya angka kelahiran menyebabkan Indonesia menjadi negara terbesar kelima dalam menyumbangkan pertumbuhan penduduk dunia setelah China, India, Brazil, dan Nigeria.

Fakta lain menunjukkan bahwa LPP setiap provinsi di Indonesia sangat bervariasi, mulai dari yang terendah yaitu Provinsi Jawa Tengah (dengan LPP 0,37 persen) hingga yang tertinggi di Provinsi Papua (dengan LPP 5,46 persen). Jumlah penduduk yang besar jika tidak dikelola dengan baik tentu dapat menjadi beban dalam pembangunan, sehingga pengelolaan penduduk (population management) sangat diperlukan. Salah satu kebijakan pengelolaan penduduk yang utama ialah pengendalian kelahiran melalui program KB.

Dengan adanya desentralisasi dan diberlakukannya otonomi daerah di Indonesia di tahun 2001, kebijakan kependudukan dan KB antar daerah menjadi tidak seragam. Secara umum, diduga terdapat beberapa argumen adanya perbedaan kebijakan kependudukan dan KB antar daerah. Argumen pertama, KB dipandang sebagai masalah negara. Banyak pemangku kepentingan di daerah beranggapan bahwa pemerintah yang membutuhkan KB guna mengendalikan jumlah penduduk. Negara yang berkepentingan untuk mengendalikan kelahiran. Padahal, KB jelas merupakan kebutuhan setiap keluarga Indonesia. KB harus dipandang dalam perspektif sebagai layanan dasar yang dibutuhkan untuk membangun setiap keluarga Indonesia menjadi lebih berkualitas. KB bukan sekedar kontrasepsi, namun lebih dari itu (beyond family planning). Mengapa KB dapat menjadi instrumen untuk membangun keluarga yang berkualitas? Karena dengan mengikuti program KB, perencanaan di dalam keluarga yang mencakup usia ideal untuk menikah, usia ideal untuk melahirkan anak pertama, jarak ideal antar kehamilan, dan sebagainya, menjadi lebih baik.

Pendapat kedua berkaitan dengan masalah

distribusi penduduk antar daerah di Indonesia yang tidak merata. Di daerah yang luas dengan kepadatan penduduk yang rendah, beberapa pemimpin daerah cenderung berpendapat bahwa KB tidak diperlukan. Sementara itu, pemimpin di daerah dengan kepadatan penduduk yang tinggi sangat membutuhkan KB. Perbedaan persepsi ini dapat diatasi jika distribusi penduduk Indonesia relatif lebih baik. Namun, distribusi penduduk antar pulau di Indonesia selama 40 tahun terakhir relatif tidak banyak berubah. Pada tahun 1971, 63,89 persen penduduk Indonesia tinggal di Pulau Jawa, 17,62 persen di Pulau Sumatera, 7,16 persen di Pulau Sulawesi, dan sisanya di pulau lainnya. Empat dasa warsa kemudian, 57,49 persen penduduk Indonesia tinggal di Pulau Jawa, 21,31 persen di Pulau Sumatera, 7,31 persen di Pulau Sulawesi; yang menunjukkan bahwa selama itu tidak ada perubahan distribusi penduduk yang berarti .

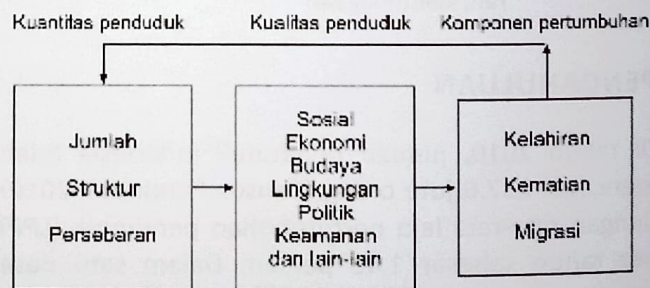
LPP dan distribusi penduduk tidak hanya berhenti dalam angka dan penafsirannya, namun lebih luas lagi juga berimplikasi ke masalah kesejahteraan penduduk dan pemerataan pembangunan. Dalam Ilmu Ekonomi dikenal konsep aglomerasi ekonomi, dimana dengan aglomerasi, akan diperoleh manfaat economies of scale. Konsekuensinya, investasi dan konsentrasi aktivitas ekonomi akan cenderung memilih wilayah yang berpenduduk besar. Ada fenomena dimana jobs follow people dan bukan people follow jobs. Oleh karenanya, berbagai upaya pemerintah untuk mendorong munculnya pusat pertumbuhan baru (new growth pole) di luar Jawa dan Sumatera cenderung tidak memberikan dampak yang besar bagi pemerataan pembangunan. Dengan jumlah penduduk yang besar, Jawa dan Sumatera menikmati manfaat economies of scale yang besar pula, sehingga biaya produksi cenderung lebih rendah, kesempatan kerja lebih banyak, dan produktivitas lebih tinggi. Dampaknya, konsentrasi penduduk dan aktivitas ekonomi akan masih terus terjadi di Jawa dan Sumatera yang menjadi kontributor utama perekonomian nasional.

Pertumbuhan suatu negara tidak cukup jika diukur hanya dengan pertumbuhan ekonomi. Negara dengan pertumbuhan ekonomi yang tinggi mungkin juga memiliki tingkat pengangguran dan kemiskinan yang tinggi. Pertumbuhan ekonomi meningkatkan

penyerapan penduduk usia kerja dalam angkatan kerja. Namun, diperlukan pertumbuhan ekonomi yang lebih untuk dapat menyerap pasokan tenaga kerja yang berlimpah. Kohfi Anan (dalam Bernstein, 2005) mengatakan bahwa pengelolaan kemiskinan dan kelaparan tidak mencapai hasil yang baik jika masalah penduduk dan kesehatan reproduksi tidak dibenahi dengan baik. Peningkatan pertumbuhan ekonomi Indonesia tampaknya tidak cukup signifikan untuk mengurangi angka kemiskinan dan ketimpangan. Ini berarti bahwa ada faktor lain yang memengaruhi penurunan angka kemiskinan dan ketimpangan di Indonesia.

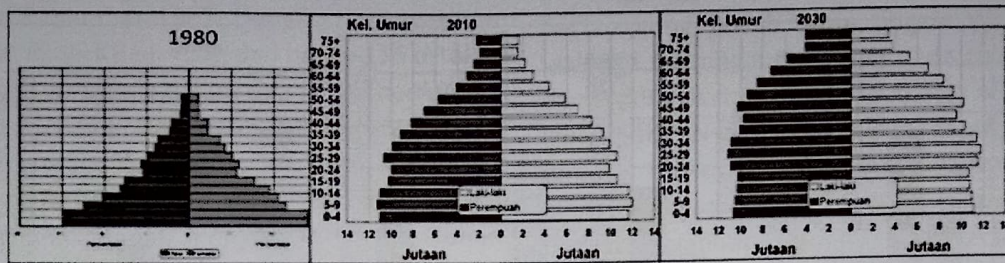
Suksesnya pembangunan tidak terlepas dari pembangunan yang berorientasi pada penduduk (people center development), dimana penduduk menjadi subyek dan obyek dari proses pembangunan. Dari sudut pandang demografi, Birdsall dan Sinding (2001) mengatakan bahwa pertumbuhan penduduk yang tinggi menghambat pertumbuhan ekonomi, dan fertilitas yang tinggi merupakan sumber kemiskinan baik dalam skala rumah tangga (perspektif mikro) maupun dalam perspektif makro (daerah atau negara). Singkatnya, setiap kelahiran mungkin menambah satu tenaga kerja yang berkontribusi dalam pertumbuhan ekonomi nasional, atau sebaliknya dapat menjadi tambahan pengangguran yang membebani pembangunan.

Gambar 1
INTEGRASI ANTARA DEMOGRAFI DAN PEMBANGUNAN



Seperti diilustrasikan dalam Gambar 1 (pemikiran yang dikembangkan oleh Aris Ananta), demografi memainkan peran penting dalam mengintegrasikan sumber daya manusia dalam pembangunan. Pemerintah harus mampu

Gambar 2
PIRAMIDA PENDUDUK INDONESIA TAHUN 1980, 2010, 2020

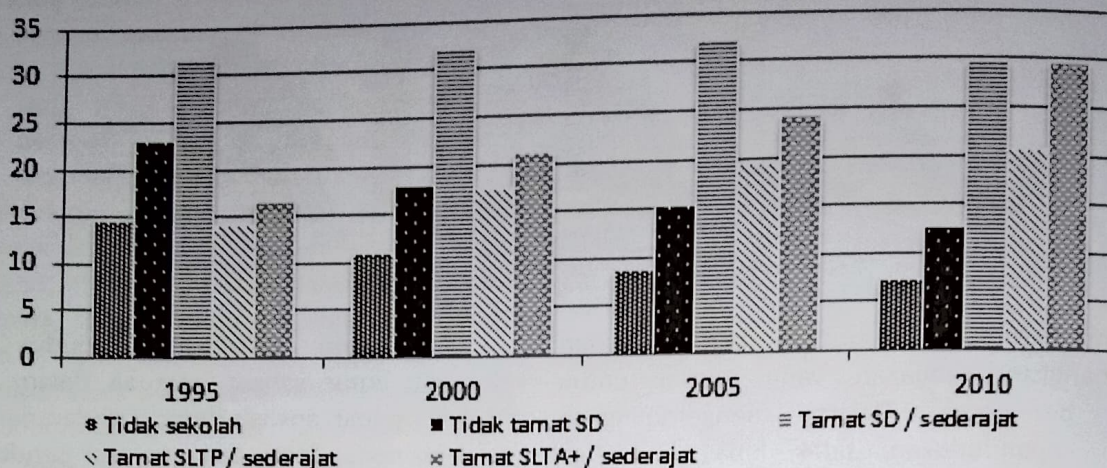


memahami perubahan demografis penduduk dan mengembangkan kebijakan yang sesuai untuk generasi berikutnya. Dalam mengembangkan kebijakan kependudukan, tidak lepas dari tiga revolusi yang menyebabkan perubahan besar dalam kehidupan manusia. Pertama, revolusi mobilitas, yang terjadi sebagai akibat adanya revolusi informasi, transportasi, dan pengembangan komunikasi, dimana perubahan tersebut mempengaruhi pola pengambilan keputusan untuk migrasi. Kedua, revolusi kematian yang tidak hanya disebabkan meningkatnya usia harapan hidup, tetapi juga munculnya berbagai penyakit yang dapat menurunkan kemampuan manusia untuk bertahan hidup. Dengan kondisi demikian, jumlah penyakit menular mungkin lebih rendah, tetapi jumlah penyakit degeneratif lebih tinggi. Ketiga, revolusi fertilitas yang mampu menurunkan proporsi penduduk usia muda (di bawah 15 tahun). Namun dalam jangka panjang, proporsi penduduk lanjut usia (lansia) akan terus meningkat sebagai konsekuensi tingginya angka kelahiran di masa lalu. Sebagai fakta untuk penduduk Indonesia, piramida penduduk Indonesia telah berubah dari bentuk ekspansif, ke semi-stasioner tingkat satu dan diperkirakan mencapai bentuk stasioner pada tahun 2030. Perubahan ini mengindikasikan terjadinya transisi demografi di Indonesia. Transformasi dari negara dengan tingkat kelahiran dan angka kematian yang tinggi menjadi negara dengan tingkat kelahiran dan angka kematian yang moderat. Hal ini menunjukkan bahwa Indonesia memiliki harapan hidup yang moderat, proporsi penduduk umur produktif yang tinggi, tingkat pertumbuhan penduduk yang tinggi, dan proporsi lansia yang moderat.

Memahami distribusi penduduk menurut kelompok umur sangat berguna dalam kaitannya untuk keperluan analisis demografi dan perencanaan sosial ekonomi. Telah ada proyeksi penduduk yang menyatakan bahwa Indonesia akan mencapai bonus demografi pada tahun 2020. Pada saat itu, rasio ketergantungan diperkirakan menurun mencapai 44 per 100 penduduk usia produktif (proyeksi penduduk UN, 2002). Besarnya kelompok usia produktif tampaknya bisa menjadi "pedang bermata dua". Jumlah penduduk usia produktif yang berlimpah dan memiliki pekerjaan produktif akan meningkatkan tabungan rumah tangga. Perempuan dengan keluarga kecil bisa memasuki pasar tenaga kerja yang juga akan meningkatkan penghasilan dan tabungan rumah tangga. Tabungan yang mengarah pada investasi produktif akan meningkatkan pendapatan per kapita. Namun, jika kelompok usia produktif ini tidak memiliki pekerjaan, mereka justru dapat menjadi potensi kerentanan sosial di dalam masyarakat.

Berbicara bonus demografi, erat kaitannya dengan potensi manfaat ekonomi yang terjadi saat Indonesia mencapai rasio ketergantungan di bawah 50 (setiap 100 penduduk usia produktif menanggung 50 penduduk usia nonproduktif), dan akan mencapai masa keemasan ketika rasio ketergantungan mencapai kondisi terendah (dikenal sebagai *the window of opportunity*). Jendela kesempatan ini penting bagi Indonesia dalam mempercepat peningkatan kesejahteraan penduduk. Salah satu kuncinya ialah Indonesia harus mampu mengembangkan sumberdaya manusia (SDM) yang berkualitas tinggi sehingga jumlah penduduk usia produktif yang besar akan membawa kontribusi yang

Gambar 3
PENDUDUK UMUR 15+ MENURUT PENDIDIKAN YANG DITAMATKAN PENDUDUK, INDONESIA



besar bagi pembangunan Indonesia. Kualitas SDM penduduk Indonesia dari segi pendidikan ditunjukkan dalam Gambar 3, dimana lebih dari 50 persen dari penduduk usia kerja hanya memiliki pendidikan dasar (setingkat SD). Setelah periode jendela kesempatan, penduduk usia produktif generasi berikutnya akan menghadapi beban yang lebih berat karena proporsi penduduk usia nonproduktif meningkat sebagai akibat peningkatan jumlah lansia.

Indonesia di masa lalu tidak terbantahkan memiliki pengalaman sukses dalam kebijakan penduduk melalui program KB, sebelum dilaksanakannya desentralisasi (pada tahun 2001). Sukses ini memberi implikasi pada penurunan tingkat kelahiran, diikuti dengan penurunan angka kematian bayi, dan memengaruhi struktur umur penduduk. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa transisi demografi dan jendela kesempatan merupakan hasil dari kebijakan pengendalian kelahiran, khususnya Program KB di masa pemerintahan Orde Baru.

PROGRAM KELUARGA BERENCANA DI ERA SENTRALISASI

Program KB telah diimplementasikan di Indonesia secara formal sejak tahun 1970. Meskipun sebenarnya KB sudah mulai diperkenalkan sejak kedatangan Nathan Keyfits, seorang Ekonom-Demografer pada

tahun 1952. Namun, program KB maupun konsep pengendalian kelahiran saat itu belum dapat diterima dengan mudah. Pemerintahan Orde Lama meyakini bahwa jumlah penduduk yang besar akan menjadi aset penting untuk mengatasi kapitalisme negara Barat. Ketika itu, informasi KB dan pengendalian kelahiran masih dianggap tabu untuk dibicarakan secara umum karena dipandang sebagai masalah pribadi/keluarga.

Oleh karenanya, tujuan awal Program KB bukan untuk mengurangi pertumbuhan penduduk, tetapi untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak. Konsep KB melibatkan perencanaan keluarga dan penggunaan alat/obat kontrasepsi, yang kemudian berkembang lebih lanjut sebagai instrumen penurunan jumlah kelahiran, mendorong ukuran keluarga yang lebih kecil, dengan tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga. Menurut Toersilaningsih dan Tuhiman (dalam Hatmadji dan Utomo, 2004), ide menggunakan struktur keluarga untuk mengembangkan kualitas sumberdaya manusia didasarkan pada gagasan bahwa ada potensi keluarga yang sangat besar dalam pembentukan karakter dan kepribadian manusia; dan orang tua berperan sangat penting dalam mengoptimalkan potensi yang saling terkait dengan ekonomi, sosial, budaya, dan kesejahteraan.

Orde Baru di bawah Presiden Soeharto memberikan peluang yang lebih besar bagi pemerintah



untuk melakukan program pengendalian jumlah penduduk. Hal ini dimulai dari penandatanganan Deklarasi Pemimpin Dunia tentang Kependudukan pada bulan Desember 1967. Dengan dukungan dari pemerintah, klinik KB tumbuh dari hanya 116 di tahun 1967 menjadi 396 klinik dalam dua tahun berikutnya. Pada awalnya, masyarakat masih ragu bahwa Program KB memiliki masalah terkait dengan moral. Adioetomo (2009) menjelaskan bahwa dulu demografi adalah nasib, dan jumlah anak menjadi ketentuan Tuhan. Tidak banyak orang yang mau membahas tentang pengendalian kelahiran. Meskipun sesungguhnya di dalam masyarakat sudah mulai muncul anggapan bahwa jumlah anak ideal tidak lah harus terlalu banyak. Pelaksanaan KB dianggap sebagai bentuk rekayasa demografi untuk mendorong setiap keluarga memiliki perencanaan yang lebih baik dalam keluarganya.

Pada saat itu, pembentukan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) di tahun 1970 menjadi bukti keterlibatan penuh dan tanggung jawab pemerintah dalam KB. Bahkan, Program KB dicantumkan dalam Rencana Pembangunan Lima Tahun I (Repelita I). Ada penekanan akan pentingnya KB untuk meningkatkan kesehatan ibu-anak, penurunan LPP diharapkan dapat memberikan kontribusi besar dalam mengatasi tekanan penduduk (population pressure) terhadap ketersediaan pangan, lapangan kerja, fasilitas kesehatan dan pendidikan. Pelita I yang berfokus pada pengembangan pertanian, pengembangan perdesaan, bersama dengan beberapa proyek pembangunan seperti irigasi, pendidikan, dan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) turut mempermudah pelaksanaan Program KB.

Keputusan Presiden Nomor 33 tahun 1972

menunjukkan komitmen politik pemerintah terhadap KB, dimana dalam hal ini presiden bertindak sebagai penanggung jawab pelaksanaan Program KB, gubernur bertanggung jawab pada tingkat provinsi, bupati/walikota bertanggung jawab pada daerah tingkat II, dan BKKBN bertanggung jawab atas koordinasi. Lebih lanjut, BKKBN dengan kewenangannya menetapkan target, tujuan, dan mengendalikannya. BKKBN memiliki tugas untuk mencapai target pengurangan tingkat kelahiran hingga 50 persen di tahun 1990, yang diterjemahkan dalam target tahunan jumlah akseptor. Meskipun target adalah tujuan administratif, namun kenyataannya target tersebut memberikan tekanan bagi para pejabat di lapangan untuk merealisasikannya. Tekanan ini ditunjukkan diterjemahkan dalam bentuk "pemaksaan" untuk menggunakan kontrasepsi, khususnya di Jawa Timur, pada awal pelaksanaan Program KB.

Terlepas dari kelemahan tersebut, karena Program KB meliputi area yang luas dan target utamanya adalah penduduk perdesaan, klinik KB dianggap tidak efektif untuk menjangkau massa yang luas. Oleh karenanya, di tahun 1970 pemerintah merekrut orang-orang daerah yang terdidik menjadi Penyuluh Lapangan KB (PLKB). Tugas PLKB adalah mengunjungi rumah penduduk untuk mengkampanyekan Program KB memberikan informasi, dan mendorong pengendalian kelahiran dengan mengatur jarak antar kelahiran. Tugas PLKB tentunya tidak mudah karena mereka dibayar sesuai dengan jumlah akseptor yang berhasil direkrut, mengunjungi 30 rumah setiap hari tanpa fasilitas transportasi, dan menghadapi penolakan dari masyarakat. Pekerjaan PLKB akhirnya menjadi lebih mudah setelah para

Tabel 1
ANGKA KELAHIRAN KASAR, ANGKA KEMATIAN KASAR, DAN LAJU
PERTUMBUHAN PENDUDUK, INDONESIA 1950-1980

Tahun	Angka Kelahiran Kasar (per 1.000)	Angka Kematian Kasar (per 1.000)	Laju Pertumbuhan Penduduk
1950-1961	43.8	25.3	
1961-1971	42.7	21.5	2.13
1971-1980	39.9	16.7	2.32

pemimpin lokal dilibatkan dalam Program KB, dan penggunaan pil KB diperkenalkan sebagai pengganti IUD. Meskipun PLKB masih menghadapi banyak kesulitan, peran mereka sangat penting. Hasilnya, 41 persen dari akseptor berhasil direkrut oleh PLKB pada tahun 1972-1973, dan layanan Program KB tersedia di 2.500 klinik di Jawa dan Bali pada tahun 1974. Sebagai tambahan, peran aktif tim penggerak PKK, bidan, dan Tentara Nasional Indonesia (TNI) turut berkontribusi terhadap kesuksesan Program KB.

Sungguhpun demikian, hasil Sensus Penduduk tahun 1980 menunjukkan bahwa pertumbuhan penduduk Indonesia masih tinggi dengan LPP 2,32 persen. Masyarakat mulai meragukan Program KB dan mengkritisi BKKBN. Namun, sesungguhnya fakta bahwa LPP yang tinggi justru menunjukkan Indonesia sudah mulai memasuki transisi demografi. Tingkat fertilitas telah mengalami penurunan, namun angka kematian meskipun telah menurun, tetapi masih tinggi.

Sebagai hasil upaya intensif penerapan Program KB, *Total Fertility Rate* (TFR) berhasil diturunkan dari 5,6 anak per perempuan di tahun 1971 menjadi 2,3 anak per perempuan di tahun 2000. Angka Kematian Bayi (AKB) menurun dari 145 per 1000 kelahiran

hidup di tahun 1971 menjadi 41 pada tahun 2000 dan 34 pada tahun 2007; Angka Kematian Ibu (AKI) turun dari 620 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 1970 menjadi 228 di tahun 2007; Rasio Ketergantungan turun dari 86,8 pada tahun 1971 menjadi 54,7 pada tahun 2000, dan *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) yang awalnya kurang dari 5 persen pada tahun 1970 menjadi 49,7 persen pada tahun 1991. Oleh karenanya, meskipun Program KB saat itu masih diragukan, namun komitmen politik yang kuat dari pemerintah Orde Baru dan upaya besar dalam pelaksanaannya membuat Program KB mendapatkan pengakuan dunia.

PROGRAM KB DI ERA DESENTRALISASI

Dalam kebijakan otonomi daerah, pemerintah kabupaten/kota harus mampu mengelola keuangan dan sumberdaya mereka secara mandiri, meskipun sebagian sumber pembiayaan pembangunan daerah berasal dari transfer pemerintah pusat. Beberapa kabupaten/kota telah mampu melakukannya dengan baik. Namun, sebagian besar pemerintah kabupaten/kota masih dihadapkan pada berbagai kendala seperti rendahnya kapasitas fiskal yang bersumber dari pendapatan asli daerah (PAD), serta terbatasnya

Tabel 2
PENGELUARAN PEMERINTAH PUSAT UNTUK BKKBN (SECARA ORGANISASIONAL) SERTA KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA (SECARA FUNGSIONAL), 2006-2011 (DALAM MILIAR RUPIAH)

Tahun	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
	BKKBN					
Sudah diaudit/						
Anggaran Revisi yang Diajukan *	596	637.5	994.2	1156	1148.4	2413.2
Total	189361.2	225014.2	259701.9	306999.5	332920.2	439190.1
Persentase	0.31	0.28	0.38	0.38	0.34	0.55
	persen	persen	persen	persen	persen	persen
Kependudukan dan KB						
Sudah diaudit/						
Yang Dianggarkan*	329.2	433.8	479.7	623.8	794.8	2413.2
Total	440031	504624	693356	628812	697406	836578
Persentase	0.07	0.09	0.07	0.10	0.11	0.29
	persen	persen	persen	persen	persen	persen

Sumber: Statistik Anggaran 2005-2011, Kementerian Keuangan RI.

sumberdaya manusia dan infrastruktur. Menurut data Kementerian Keuangan, 28,3 persen pendapatan kabupaten/kota berasal dari Dana Perimbangan; 20,1 persen dari Pendapatan Asli Daerah (PAD), dan 14,6 persen dari kategori lainnya. Informasi ini menunjukkan bahwa keuangan kabupaten/kota masih sangat bergantung pada pemerintah pusat. Di sisi lain, dalam Triwulan I tahun 2011, sebanyak 17,6 persen pengeluaran kabupaten/kota dialokasikan untuk belanja pegawai, 8,9 persen untuk belanja barang dan jasa, dan hanya 2,3 persen untuk belanja modal.

Mencermati kinerja Program KB selama 1 dekade terakhir, situasinya dapat dianggap mengalami stagnasi. Prevalensi kontrasepsi (metode modern dan tradisional) hanya sedikit meningkat dari 60,3 persen pada tahun 2002-2003 menjadi 61,4 persen pada tahun 2007 (SDKI). Padahal lebih dari 97 persen 97 persen wanita dan pria berstatus kawin memiliki pengetahuan tentang alat/cara KB. TFR justru stagnan dari 2,6 pada tahun 2002-2003 dan tetap di angka 2,6 di tahun 2007 (SDKI). Program KB tampaknya mengalami kemandegan karena perubahan politik pada tahun 1998 yang melahirkan era otonomi daerah. Otonomi daerah di Indonesia sesungguhnya memberi harapan yang lebih baik, mengingat pemerintah daerah lebih memahami permasalahan yang dihadapi daerahnya. Peraturan perundang-undangan terkait otonomi daerah memberikan kewenangan yang lebih luas bagi pemerintah kabupaten/kota, sedangkan provinsi menjalankan fungsi koordinasi.

Pelaksanaan Program KB sekarang tergantung pada komitmen politik bupati/walikota. Meskipun kabupaten/kota memiliki anggaran sendiri, anggaran pemerintah pusat merupakan proksi yang baik untuk mengukur kepedulian pemerintah saat ini untuk Program KB. Tabel 2 menunjukkan alokasi anggaran pemerintah untuk Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional di bawah 0,4 persen dari jumlah anggaran untuk seluruh kementerian/lembaga pemerintah di tahun 2006-2010. Pengeluaran untuk Kependudukan dan KB tahun 2006-2010 bahkan di bawah 0,15 persen. Muncul pendapat bahwa pemerintah kurang memberikan perhatian khusus untuk Program KB sehingga Sensus Penduduk tahun

2010 menghasilkan angka lebih besar 3,38 juta orang dibanding proyeksi penduduk menggunakan basis data Sensus Penduduk 2000. Sebagai respons atas hal tersebut, pemerintah menaikkan anggaran untuk BKKBN serta Kependudukan dan Keluarga Berencana hingga 0,55 persen dan 0,29 persen dari keseluruhan alokasi anggaran kementerian/lembaga pemerintah di tahun 2011.

PP No. 41/2007 menempatkan urusan KB digabung dengan pemberdayaan perempuan. Meskipun PP ini memberi keleluasaan dalam pembentukan kelembagaan KB di daerah, namun ada kesalahan persepsi bahwa KB seolah-olah identik dengan urusan perempuan. Keleluasaan tersebut berimplikasi pada variasi bentuk kelembagaan KB di kabupaten/kota. Dari 491 kabupaten/kota di tahun 2011 15 (3,1 persen) diantaranya berbentuk Dinas, 409 (83,3 persen) berbentuk Badan, dan 67 (13,6 persen) berbentuk Kantor. Lembaga yang berbentuk Dinas dan Badan memiliki lebih banyak wewenang dan keleluasaan dalam mengurus KB. Jika dilihat lebih lanjut, 64 persen kabupaten/kota dengan kelembagaan KB berbentuk Dinas dan Badan cenderung mampu mencapai CPR lebih tinggi dari rata-rata CPR nasional, sementara itu hanya 44 persen kabupaten/kota dengan kelembagaan KB berbentuk Kantor atau tanpa lembaga mendapat pencapaian yang sama. Secara statistik, Kabupaten/kota dengan Dinas dan Badan memiliki CPR lebih tinggi 3,8 persen dari CPR yang lain. Sementara itu, hanya 36 lembaga di Kabupaten/kota yang memiliki lembaga yang khusus mengurus KB, 303 lainnya merupakan lembaga yang berbagi tanggung jawab melakukan Program KB bersama dengan satu program lain, dan 152 berbagi tanggung jawab dengan dua program lainnya.

Sebelumnya, pemerintah pusat sudah mengeluarkan PP 38/2007 yang menyatakan Program KB harus menjadi salah satu dari 31 program yang dilaksanakan di semua tingkat pemerintahan. Oleh karenanya, Program KB harus bersaing dengan program lain dalam sumber daya yang terbatas di Kabupaten/kota. Rendahnya perhatian untuk Program KB, bersama dengan kurangnya sumber daya manusia, mempengaruhi jumlah PLKB yang memiliki kontribusi yang signifikan dalam Program

KB. Menurut data BKKBN, jumlah PLKB baru-baru ini mengalami penurunan hingga hanya 75 persen dibanding sebelum otonomi daerah diberlakukan.

Pada tahun 2011, terdapat 78.558 desa dengan jumlah PPLKB hanya mencapai 6.388 orang serta jumlah PLKB 21.600 orang. Rasio 1:3 (1 PLKB untuk 3 desa) tersebut kurang ideal, dimana seharusnya rasio ideal PLKB dengan desa adalah 1:2. Belum lagi masalah rasio PLKB dengan desa yang sangat bervariasi antar daerah. Meskipun pemerintah dapat bekerja sama dengan para provider seperti dokter, bidan dan mantra kesehatan, namun PLKB tetap sangat dibutuhkan mengingat peran mereka yang memberikan penyuluhan secara door to door. Padahal di masa lalu (Orde Baru), dengan jumlah penduduk yang lebih sedikit, jumlah PLKB pernah mencapai lebih dari 35 ribu orang.

Selain itu, masih ada kebutuhan KB yang belum terpenuhi (unmet need) di tingkat nasional yang meningkat dari 8,6 persen pada tahun 2002 menjadi 9,1 persen pada tahun 2010. Berdasarkan hasil SDKI 2007, masalah unmet need antar provinsi juga sangat bervariasi. Bandingkan saja antara Provinsi Bangka Belitung yang mampu menekan unmet need hingga 3,2 persen dengan Provinsi Maluku yang masih mengalami unmet need sebesar 22,4 persen di tahun 2007. Implikasinya tentu saja terhadap perbedaan TFR antar provinsi yang sangat jauh. Sebagai contoh, DIY mampu mencapai TFR sebesar 1,8 anak per perempuan sedangkan NTT masih di angka 4,2 anak per perempuan.

PERAN KELUARGA BERENCANA DALAM EKONOMI

Desentralisasi memberi keleluasaan Kabupaten/kota dalam mengelola Program KB di daerahnya. Tidak ada atau minimnya otoritas pemerintah pusat dan perbedaan komitmen antar kepala daerah merupakan salah satu penyebab stagnasi dalam capaian kinerja Program KB. Perlu diingat bahwa KB bukan hanya urusan menggunakan alat kontrasepsi, atau sekedar pengendalian kelahiran. Gambar sebelah kanan menunjukkan kontribusi KB dalam memberdayakan kuantitas dan kualitas sumberdaya manusia.

Lebih lanjut lagi, KB bukan sekedar prestasi bangsa, tapi lebih untuk kepentingan kesejahteraan penduduk. Dalam konteks ini, karakteristik demografi sangat penting dalam menjelaskan tingkat kesejahteraan dan perbedaannya di Indonesia. Dalam konteks ekonomi keluarga, Program KB secara tidak langsung akan membantu para keluarga yang berpartisipasi untuk meraih tingkat pendapatan dan tabungan yang lebih baik. Penurunan jumlah anak yang dilahirkan memberi kesempatan yang lebih besar kepada ibu untuk melakukan aktivitas ekonomi sehingga dapat meningkatkan pendapatan keluarga. Selain itu, berkurangnya biaya yang dibutuhkan untuk membesarkan anak juga akan meningkatkan tabungan keluarga yang pada akhirnya berimplikasi positif terhadap ketersediaan pembiayaan investasi dalam negeri.

Selaras dengan awal pelaksanaan KB pada tahun 1970-an, perluasan lapangan kerja telah menguntungkan perempuan bekerja di luar rumah. Sangat menarik untuk diperhatikan bahwa pasar tenaga kerja Indonesia telah mengalami feminisasi selama tiga dasa warsa terakhir. Ada pertumbuhan yang cepat dari pekerja perempuan dalam angkatan kerja utamanya di sektor pertanian, manufaktur dan jasa. Transformasi struktural akibat pertumbuhan ekonomi selama tahun 1970-an dan 1980-an telah meningkatkan penyerapan penduduk usia kerja dalam angkatan kerja, terutama di sektor industri manufaktur. Seiring dengan ekspansi pendidikan dan KB, perluasan lapangan kerja telah menguntungkan perempuan untuk bisa bekerja di luar rumah.

Ada beberapa faktor yang memengaruhi partisipasi perempuan dalam angkatan kerja yang diikuti dengan perubahan struktur ketenagakerjaan ini. Pendidikan, kesejahteraan rumah tangga, dan ukuran keluarga (family size) merupakan faktor utama yang memengaruhi keputusan perempuan dalam bekerja. Status perkawinan, umur dan keberadaan anak sangat berkorelasi dengan partisipasi angkatan kerja perempuan di Indonesia. Hal ini terutama berkaitan dengan keberadaan anak dimana perempuan cenderung untuk menunda keterlibatannya dalam pasar tenaga kerja demi pengasuhan anak.

Oleh karenanya, selain berusaha untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) pada tahun 2015, dan bonus demografi di tahun 2020-2030, pemerintah Indonesia telah menetapkan tujuan pembangunan kependudukan dan Program KB untuk tahun 2011. Tujuan tersebut berfokus pada penurunan LPP dan TFR dengan mengurangi kebutuhan yang tidak terpenuhi (*unmet need*) serta meningkatkan jumlah akseptor KB dari kelompok penduduk berpendapatan rendah.

Secara demografis, rumah tangga miskin di Indonesia cenderung memiliki jumlah anak yang banyak, baik di daerah perdesaan maupun perkotaan. Alasannya sederhana, yaitu dengan rendahnya tingkat kesehatan dan angka kematian cenderung tinggi, orang miskin menganggap bahwa peningkatan jumlah anak mengurangi risiko kehilangan keturunan. Dengan demikian, jelas bahwa nilai anak memiliki nilai tinggi di sebagian besar masyarakat miskin Indonesia. Masyarakat seperti ini melihat anak sebagai faktor penting dari kegiatan produksi. Meskipun demikian, hal ini juga menunjukkan bahwa rumah tangga miskin membawa beban lebih berat daripada rumah tangga yang bukan miskin. Indonesia telah berhasil mengurangi persentase penduduk miskin dari 24,2 persen pada tahun 1999 menjadi 13,3 persen pada tahun 2010 melalui berbagai intervensi pembangunan, termasuk KB.

Lembaga Demografi pada tahun 1977 telah membuat proyeksi penduduk dimana jumlah penduduk Indonesia akan menjadi 234 juta jiwa di tahun 2000. Namun kenyataannya, jumlah penduduk Indonesia "hanya" mencapai 205 juta jiwa pada tahun yang sama. Program KB secara nasional juga mampu menghemat anggaran pembangunan, yang seharusnya dialokasikan untuk 287 juta penduduk, namun dapat dihemat hanya untuk 204 juta penduduk pada tahun 2000. Contoh lain, penelitian yang dilakukan oleh Ascobat Gani menghitung bahwa pemerintah DKI Jakarta bisa menghemat alokasi anggaran untuk sektor pendidikan sekitar Rp 2.590 miliar dan Rp3.300 miliar untuk pelayanan kesehatan karena Program KB dan penurunan TFR.

Lebih lanjut, kita juga dapat mengacu pada penelitian tesis yang telah dilakukan oleh Febri

Wicaksonopada tahun 2008 dengan tujuan mengetahui pengaruh kelembagaan KB terhadap pelaksanaan KB di kabupaten/kota. Kesimpulannya jelas bahwa bentuk kelembagaan KB memiliki pengaruh terhadap kinerja KB yang tercermin dari *contraceptive prevalence rate* di masing-masing kabupaten/kota. Kelembagaan KB yang berbentuk dinas atau badan menghasilkan kinerja KB yang lebih baik dibanding kelembagaan KB berbentuk kantor dan sebagainya. Tentunya bentuk kelembagaan yang fokus pada penanganan KB saja akan lebih baik dibanding kelembagaan yang mengelola banyak urusan (KB bercampur banyak urusan lainnya). Variasi kelembagaan tentu menjadi konsekuensi dari otonomi daerah.

Pemerintah Indonesia tentunya memahami pentingnya faktor demografi dalam pembangunan bangsa, namun masa depan Indonesia terletak pada komitmen politik yang kuat di segala tingkat pemerintahan untuk menyukseskan pelaksanaan Program KB. Hal tersebut harus dilakukan dengan menjalankan tiga rencana berikut. Pertama, merevitalisasi Program KB. Kedua, mensinergikan kebijakan pengendalian penduduk. Ketiga, meningkatkan kuantitas dan kualitas data demografi. Penelitian tentang revitalisasi Program KB telah banyak dilakukan diantaranya oleh Hull dan Mosley (2009), Lewis dan Haripurnomo (2009), serta Darwin dan Sukamdi (2010), dan hasilnya telah diadopsi oleh beberapa kabupaten dan kota, seperti Kabupaten Bireuen (Juli 2010), Provinsi Sumatera Barat (April 2009), Kabupaten Deli Serdang (Mei 2010), Kabupaten Kulonprogo (Maret 2010), Provinsi Nusa Tenggara Timur (Mei 2010), dan Provinsi Kalimantan Barat (April 2010).

Lebih lanjut, Bonus Demografi harus dimanfaatkan untuk mencapai manfaat ekonomi dan sosial. Jendela kesempatan hanya bisa dimanfaatkan jika persyaratan berikut terpenuhi, yaitu: (1) meningkatkan kualitas sumberdaya manusia agar memiliki kompetensi dan daya saing tinggi, (2) tersedianya kesempatan kerja produktif dan berkualitas, sehingga penduduk usia kerja dapat terserap bekerja dengan pendapatan memadai serta mampu memiliki tabungan, (3) investasi tabungan rumah tangga dalam rangka menciptakan mendorong investasi dan kesempatan kerja

produktif, serta (4) meningkatkan pemberdayaan perempuan agar bisa produktif dan menghilangkan diskriminasi bagi perempuan di pasar tenaga kerja.

KESIMPULAN

Program KB merupakan kebijakan yang strategis di Indonesia dan telah menunjukkan keberhasilan dalam mengendalikan laju pertumbuhan penduduk. TFR di Indonesia telah menurun cukup drastis dan berdampak pada penurunan fertilitas yang tidak hanya menghambat LPP tetapi juga terkait dengan peningkatan kesejahteraan peserta KB.

Program KB telah mengubah paradigma masyarakat mengenai nilai anak. Kelangsungan hidup anak yang lebih terjamin melalui peningkatan kesehatan anak serta pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk pemberdayaan perempuan dan pemberdayaan ekonomi keluarga. Jumlah anak yang sedikit memungkinkan rumah tangga untuk menabung serta melakukan investasi modal manusia untuk anak-anak mereka.

Oleh karena itu, mulai saat ini Indonesia harus mengalihkan perhatian dari masalah pengendalian penduduk ke peningkatan kualitas. Namun, agaknya pengendalian penduduk masih belum dapat ditinggalkan. Saat ini, keberhasilan KB di Indonesia masih tergantung pada komitmen pemerintah daerah dalam melaksanakan Program KB. Meskipun demikian, pelaksanaan desentralisasi telah membawa beberapa efek yang tidak diinginkan. Banyak pemerintah daerah lebih fokus pada pembangunan fisik daripada perspektif pembangunan jangka panjang dalam kebijakan kependudukan. Indonesia perlu memperkuat komitmen pemerintah pusat dan daerah terhadap Program KB, gerakan sayang ibu dan pemberdayaan perempuan, menurunkan unmet need (terutama bagi perempuan berpenghasilan rendah), dan kembali melibatkan tokoh agama dan organisasi keagamaan dalam KB.

Program KB mengalami banyak kemunduran saat ini tidak dapat terbantahkan. Pembangunan sosial dasar termasuk program KB kurang menjadi perhatian pemerintah. Terutama di daerah yang lebih mengutamakan pembangunan fisik. Hal

yang paling mengkhawatirkan dari berkurangnya perhatian pada program KB adalah pencapaian selama 30 tahun dapat hilang begitu saja, padahal program KB merupakan salah satu program yang dapat memperbaiki kualitas hidup manusia sebagai tujuan utama pembangunan Indonesia.

Untuk itu, komitmen kepala daerah harus diperkuat dan penguatan kelembagaan kependudukan juga harus dilakukan termasuk peningkatan institusi masyarakat yang membantu terlaksananya program ini. Ditetapkannya UU Nomor 52 Tahun 2009 menjadi angin segar bagi BKKBN untuk mendorong revitalisasi program KB dengan paradigma mewujudkan harapan hidup sejahtera menjadi sebuah kenyataan. Namun masalahnya, ketidaksinkronan peraturan perundang-undangan berdampak pada efektivitas program KB di tingkat kabupaten/kota. Peraturan Pemerintah No. 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah misalnya, menempatkan kependudukan satu rumpun dengan pencatatan sipil, sedangkan keluarga berencana satu rumpun dengan pemberdayaan perempuan. Padahal sudah jelas dalam UU No. 52 tahun 2009 telah diamanatkan terbentuknya Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Daerah. Hal ini menciptakan ketidakpastian kelembagaan yang menangani kependudukan dan KB di tingkat daerah. Oleh karenanya, untuk mendorong peningkatan hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam kebijakan KB, sinkronisasi dan harmonisasi peraturan perundang-undangan terkait mutlak dibutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo, Sri Moertiningsih; Burhan, Burhan; Yunus, Nizam. 2010. 100 tahun Demografi Indonesia: Mengubah Nasih Menjadi Harapan. BKKBN dan LD FEUI: Jakarta
- Badan Pusat Statistik. 2007. Demographic and Health Survey. BPS, Jakarta
- . 2010. Data Agregat Provinsi Sensus Penduduk 2010. BPS, Jakarta
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana. 2011. Data Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (unpublished). Direktorat Bina Lini Lapangan. BKKBN. Jakarta
- Bernstein, Stan. 2005. The Relevance of The ICPD Programme of Action for The Achievement Of The Millennium Development Goals and Vice Versa: Shared Visions And Common Goals. The paper was written for the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goal. United Nations, New York
- Birdsall, Nancy; Kelley, Allen C; Sinding, Steven W. 2003. Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World, Oxford University Press
- Darwin, Muhadjir; Sukamdi. 2010. Revitalisasi Program KB di Indonesia. Dinamika Kependudukan dan Penguatan Governance. Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta
- Hatmadji, Sri Harijati; Utomo, Iwu Dwisetyani. 2004. Empowerment of Indonesian Women Family, Reproductive Health, Employment, and Migration. Lembaga demografi FEUI. Depok
- Hull, T.H. & H. Mosley. 2009. Revitalization of Family Planning in Indonesia. The Government of Indonesia and UNFPA. Jakarta
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. 2011. Triwulan 1 Laporan Realisasi Anggaran. Kemenkeu. Jakarta.
- . Statistik Anggaran 2005-2011. Kemenkeu, Jakarta.
- Lewis, Gary L., and Haripurnomo, 2009. Revitalization of Family Planning in Indoensia: A Strategy for Empirically Based Implementation. BKKBN and UNFPA. Jakarta
- Wicaksono, Febri. 2008. Pengaruh Kelembagaan KB dan Pembangunan Ekonomi, Pendidikan, Kesehatan dan KB Terhadap Pencapaian KB di Kabupaten/ Kota di Indonesia. Tesis Magister Kependudukan dan Ketenagakerjaan (unpublished). Universitas Indonesia. Depok.