

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan hasil Sensus Penduduk tahun 2010, Indonesia saat ini berpenduduk sekitar 237,6 juta jiwa. Angka ini menunjukkan bahwa Indonesia merupakan negara yang berpenduduk terbesar keempat di dunia setelah China, India, dan Amerika Serikat (*World Population Data Sheet 2010*).

Besarnya jumlah penduduk ini tentu terkait dengan tingginya angka pertumbuhan penduduk di masa lalu, yang utamanya dipengaruhi oleh tingkat kelahiran. Meskipun kemudian tingkat kelahiran di Indonesia dapat diturunkan dari 5,6 kelahiran per wanita usia subur pada tahun 1970 menjadi 2,6 kelahiran per wanita usia subur pada tahun 2007 (BKKBN, 2010 :7), namun secara absolut jumlah penduduk di Indonesia masih terus akan bertambah.

Keunggulan kuantitatif penduduk Indonesia, ternyata tidak menjamin bangsa ini menjadi maju, karena suatu negara dengan jumlah penduduk yang besar tidak selalu merupakan kekuatan pembangunan. Sangat dimungkinkan penduduk tersebut sebagian besar belum cukup berkualitas dan persebarannya tidak merata. Oleh karena itu angka pertumbuhan penduduk yang tinggi, tanpa diimbangi dengan peningkatan kualitas yang memadai seperti pelayanan kesehatan dasar, pendidikan dasar dan pendapatan ekonomi keluargayang cukup, berkecenderungan menimbulkan permasalahan. Dengan demikian, jumlah penduduk yang besar hanya akan membawa manfaat apabila memiliki kualitas yang tinggi dan persebarannya relatif merata.

Besarnya jumlah penduduk di Indonesia belum diimbangi dengan kualitas penduduk. Hal ini terlihat dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia yang berada pada urutan ke-124 dari 187 negara di dunia pada tahun 2010 (*Human Development Report*, 2011). Sehingga dalam rangka mengejar ketertinggalan, pemerintah menaruh perhatian yang besar terhadap pembangunan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM).

Disamping pembangunan dibidang kesehatan, pendidikan dan peningkatan kesejahteraan penduduk maka pembangunan keluarga berencana merupakan salah satu program pelayanan sosial dasar yang mempunyai kontribusi yang besar terhadap pembangunan kualitas sumberdaya manusia, sebagai prasyarat kemajuan bangsa. Dan sudah sejak beberapa dekade terakhir ini, pemerintah senantiasa menggiatkan program Keluarga Berencana (KB) dengan serangkaian dinamikanya.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) sebagai badan yang mengelola program KB dibentuk melalui Keputusan Presiden Nomor 8 tahun 1970, meskipun jika diamati perjalanan program KB sesungguhnya sudah dilaksanakan masyarakat sejak 1950-an dengan cara-cara sederhana dan diselenggarakan oleh lembaga swadaya masyarakat.

Pada masa Orde Baru, awal program KB dilaksanakan dengan sistem sentralistik dan dikukuhkan dengan komitmen politis yang dinyatakan melalui Keputusan Presiden No. 33, tahun 1972, bahwa:

1. Presiden bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program keluarga berencana.

2. Dibentuk suatu panitia pengarah (dewan pembimbing) yang melibatkan kementerian-kementerian lain dalam kabinet untuk membantu pekerjaan Presiden yang menyangkut keluarga berencana.
3. Gubernur/Kepala Daerah Tingkat I bertanggungjawab terhadap pelaksanaan program keluarga berencana pada tingkat propinsi, dan Bupati bertanggungjawab atas pelaksanaan di Daerah Tingkat II.
4. Koordinasi program berada di tangan BKKBN.
5. Pelaksanaan program dijalankan oleh unit-unit pelaksana: departemen-departemen dan lembaga-lembaga pemerintah, serta organisasi-organisasi sosial atau lembaga-lembaga swasta dimana tugas fungsionalnya atau kegiatan-kegiatannya menyangkut penyediaan pelayanan kontrasepsi dan hal-hal lain yang terkait. Unit pelaksana ini misalnya Departemen Kesehatan, Bagian Kesehatan Angkatan Darat atau Klinik Keluarga Berencana Muhammadiyah, PKBI, dan sebagainya (Sri Moertiningsih dkk, 2010;135)

Pada masa itu komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) serta advokasi digencarkan pada berbagai pihak, terutama pada pasangan usia subur melalui tokoh agama dan tokoh masyarakat, masyarakat yang menerima dan mendukung program KB dilibatkan langsung untuk keberhasilan program KB. Mereka diberi keterampilan dan bantuan modal, sehingga kemudian menjadi akseptor (peserta KB) dan kader KB yang berjuang pada lini lapangan. Pentingnya KIE sebagai pembentukan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam ber-KB diyakini benar oleh BKKBN dan pemerintah, untuk itu BKKBN menggalang kemitraan dengan pihak pemerintah lainnya, seperti Departemen Kesehatan, Departemen Penerangan, Departemen Pendidikan, Departemen Agama, TNI, Polri dan juga

swasta seperti radio, surat kabar dan televisi untuk mengampanyekan program KB secara luas sampai ke pelosok desa.

Perhatian luar negeri terhadap masalah kependudukan negara berkembang, termasuk Indonesia, mengucurkan dukungan berupa pelatihan-pelatihan bagi tenaga ahli dan juga dukungan dana serta *KB-kit*. Sehingga segala hal yang menyangkut modal bagi program KB saat itu terpenuhi dengan sangat baik, baik secara kelembagaan, dana, ataupun Sumber Daya Manusia (SDM). SDM program KB secara kuantitas dan komitmen memadai sampai pada tingkat desa.

Layanan KB diberikan secara gratis, dan pemerintah menjamin ketersediaan alat dan obat kontrasepsi untuk seluruh masyarakat miskin dan juga klinik KB. Penghargaan Presiden untuk akseptor lestari-akseptor yang menggunakan KB modern selama lima tahun tanpa putus, memotivasi masyarakat untuk menggunakan alat kontrasepsi.

Penanaman nilai keluarga kecil sangat gencar, baik dikalangan Pegawai Negeri Sipil (PNS) ataupun masyarakat. Penanaman ini juga dikukuhkan dengan peraturan, bahwa anak PNS yang menjadi tanggungan negara selama dia bersekolah hanya dua orang. Karena peraturan ini menyebabkan seluruh PNS berusaha untuk memiliki dua anak. Sikap PNS ini juga memberi pengaruh terhadap nilai jumlah keluarga di masyarakat. Program KB Nasional dijalankan secara sentralistik, artinya satu komando sampai tingkat desa. Program juga terintegrasi dengan program pemerintah lainnya. Hal ini mempercepat keberhasilan program KB Nasional, turunnya TFR dari 5,6 kelahiran pada tahun 1971 menjadi 2,6 kelahiran pada tahun 2003 (BKKBN, 2010 : 7)

Sebelum era otonomi, struktur lembaga BKKBN ditetapkan secara vertikal dari pusat sampai tingkat kabupaten/kota. Dalam struktur tersebut dilengkapi dengan tenaga petugas lapangan sampai ke tingkat desa, sebagai usaha untuk memperluas jaringan pergerakan KB sampai dengan tingkat akar rumput (*grassroot*). Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN) sejak tahun 1970 tampil kedepan sebagai langkah nyata dari pemerintah dalam upaya mengambil tanggung jawab penuh atas pelaksanaan keluarga berencana. Pengambilan tanggungjawab ini dimaksudkan agar program KB dapat berkembang secara lebih luas, baik yang berkaitan dengan cakupan program maupun penyebaran operasionalnya keseluruh pelosok Indonesia. Program keluarga berencana merupakan bagian integral dari pembangunan nasional, yang mempunyai upaya pokok untuk mengendalikan jumlah penduduk dan peningkatan sumber daya manusia, agar menjadi sumber daya pembangunan.

Pasca reformasi tepatnya pada tahun 2001 sistem pemerintahan negara kitapun berubah menjadi desentralisasi. Perubahan sistem pemerintahan ini turut memengaruhi pelaksanaan program KB secara nasional. Melalui Keputusan Presiden nomor 9 tahun 2004 tentang Kedudukan, Tugas Fungsi dan Kewenangan. Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Nondepartemen, pada pasal 114 disebutkan bahwa “sebagian tugas pemerintahan yang dilaksanakan BKKBN di Kabupaten/Kota dan Provinsi DKI Jakarta diserahkan kepada pemerintah daerah terhitung mulai 1 Januari 2004 (kepres ini sebagai pengganti kepres sebelumnya yaitu nomor 103 tahun 2001), maka urusan KB menjadi wewenang pemerintah kabupaten/kota.

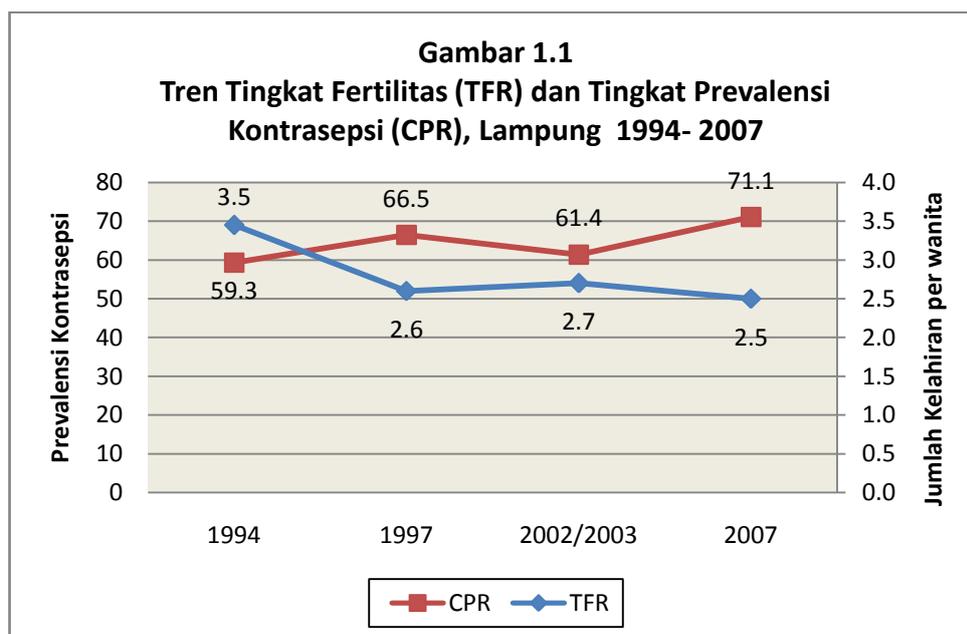
Ketika kewenangan urusan KB dilimpahkan ke kabupaten/kota belum ada pemahaman yang sama tentang pelaksanaan program KB di daerah. Dan komitmen antarkepada daerahpun dirasa sangat beragam terhadap program KB. Program KB belum dipandang sebagai suatu investasi yang mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia dan pembangunan ekonomi (BKKBN, 2006;103).

Sebagai dampak pelaksanaan Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Maka sebagian urusan pemerintah dibidang KB, khususnya ditingkat kabupten/kota diserahkan pemerintah kabupaten/kota. Maka sejak tahun itu kelembagaan dan sumber daya (personel, peralatan, pembiayaan, dokumentasi dan arsip/P3D), diserahkan dan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Desentralisasi diakui sebagai titik lemah BKKBN, akibatnya program KB menghadapi tantangan luar biasa berat (hasil sarasehan kepala BKKBN di UGM tanggal 5-3-2008). Hal ini disebabkan belum semua pemerintah daerah mempunyai pandangan yang sama tentang arti pentingnya kependudukan. Jumlah petugas KB di lapangan yang makin berkurang, karena beralih tugas ke bidang lain, tanpa ada penambahan atau penggantinya.

Di provinsi Lampung, jumlah petugas lapangan sebelum otonomi berjumlah sekitar 1.148 orang dan setelah otonomi berjumlah berkurang menjadi 859 orang atau 74,8 persen (Laporan Rakerda tahun 2006). Padahal petugas lapangan ini merupakan ujung tombak yang menjembatani antara kebijakan yang dikeluarkan dan operasionalisasi di lapangan. Tingginya partisipasi masyarakat terhadap program KB sebagian besar diakibatkan oleh peran aktif petugas lapangan KB yang melakukan pendekatan dan penyuluhan terhadap masyarakat.

Keberhasilan program KB pada tahun 1980-an yang ditandai dengan makin meningkatnya kesertaan ber-KB dari 26 persen menjadi 60,3 persen pada tahun 2003, dikarenakan adanya komitmen yang tinggi dari pemerintah dan partisipasi masyarakat. Namun setelah otonomi/didesentralisasikan selama 4 tahun terakhir (2003-2007), kenaikan jumlah peserta KB sangat rendah, yaitu hanya 1,1 persen atau menjadi 61,4 persen selama 4 tahun (2007-2011). Sebagai akibatnya, angka kelahiran atau Total Fertility Rate (TFR) yang sebelumnya dapat diturunkan dari 5,6 perwanita subur pada tahun 1971, menjadi 2,6 perwanita subur pada tahun 2003, ternyata angka itu tetap tidak berubah yaitu 2,6 persen pada tahun 2007 atau selama 9 tahun (hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia/SDKI, 2003, 2007, 2012). Pada saat yang sama laju pertumbuhan penduduk dapat diturunkan dari 2,34 pertahun (1970-1980) menjadi 1,47 pertahun (1990-2000). (BPS. Hasil Sensus Penduduk)

Pencapaian program KB di Provinsi Lampung sebelum dan sesudah desentralisasi dapat dilihat pada grafik dibawah ini.



Sumber: Survey Domografi dan Kesehatan Indonesia

Dari grafik diatas terlihat bahwa tren TFR di Provinsi Lampung cenderung turun. Penurunan ini seiring dengan peningkatan kesertaan ber-KB yang cenderung meningkat, namun pada tahun 1997 ke tahun 2002/2003 terjadi kenaikan TFR dan penurunan kesertaan ber-KB(CPR).Kondisi ini dapat dimaklumi karena pada saat itu terjadi transisi pada masa reformasi dan masa perubahan pemerintahan dari sistem sentralistis menjadi desentralisasi, termasuk desentralisasi pelaksanaan program KB. Dan setelah tahun 2003, pasca penyerahan program KB ke pemerintah daerah kesertaan ber-KB meningkat kembali yang diikuti dengan penurunan tingkat kelahiran/TFR.

Namun dari hasil SDKI pula dapat diketahui bahwa keinginan mempunyai anak ideal di Provinsi Lampung masih cukup tinggi, yaitu 2,9 dan rata-rata umur perkawinan masih rendah yaitu 18,7 tahun. Jadi meskipun TFR pada saat ini dapat diturunkan menjadi 2,5 kelahiran per wanita usia subur namun dari data tersebut terdapat kecendrungan TFR untuk meningkat masih cukup terbuka. Padahal apabila kita lihat di dalam rencana pembangunan pemerintah jangka menengah, kita akan mengarah kepada penduduk tumbuh seimbang dengan TFR 2,1 persen pada tahun 2015.

Jika Indeks Pembangunan Manusia (IPM) indikatornya adalah pendidikan, ekonomi dan kesehatan, maka program KB merupakan bagian dari pembangunan kesehatan yang tentunya mempunyai andil dalam perkembangan IPM. Perkembangan IPM di Provinsi Lampung sesuai data dari BPS selama 3 tahun terus mengalami kenaikan yaitu 71,42persen (tahun 2010), 71,94persen (tahun 2011) dan 72,45persen (tahun 2012). Namun IPM Provinsi Lampung ini masih di bawah rata-rata nasional yaitu : 72,27persen (tahun 2010), 72,77 persen (tahun

2011) dan 73,29persen (tahun 2012). Hal ini berarti masih merupakan pekerjaan besar bagi pembangunan di Provinsi Lampung. Begitu juga dengan IPM tahun 2012 di Kabupaten Lampung Tengah sebesar 71,81persen dan Kabupaten Lampung Barat sebesar 70,77 persen. Kedua kabupaten tersebut masih dibawah rata-rata provinsi. Untuk kabupaten/kota di Provinsi Lampung yang mempunyai IPM lebih dari rata-rata provinsi adalah Kota Metro dan Kota Bandar Lampung.

Rendahnya IPM di Provinsi Lampung kemungkinan antara lain disebabkan masih banyaknya penduduk miskin dan rendahnya tingkat pendidikan di Provinsi Lampung. Dari hasil pendataan keluarga di provinsi Lampung tahun 2013 dapat diketahui Keluarga Pra Sejahtera (KPS) sebanyak 692.361 keluarga atau 33,81 persen dari seluruh penduduk Lampung dan Keluarga Sejahtera 1 (KS 1) sebanyak 522.157 atau 25,50 persen dari seluruh penduduk Lampung. Begitu juga halnya dengan di Kabupaten Lampung Tengah, keluarga Prasejahtera sebanyak 26.127 (23,32 persen) dan Keluarga Sejahtera 1 sebanyak 30.145 (26,91 persen).

Pada masa desentralisasi ini, pelaksanaan program KB di setiap daerah tidak sama. Program KB yang tadinya dilaksanakan dari pusat, kemudian didesentralisasikan ke kabupaten/kota mengakibatkan struktur lembaga keluarga berencana bervariasi, tergantungkebutuhan dari kabupaten/kota itu sendiri. Selain itu anggaran yang dikeluarkan untuk program KB berbeda, tergantung pemerintah daerah setempat. Sebagai contoh dukungan operasional di tingkat desa untuk Pos Pembantu KB Desa (PPKBD) dan Sub PPKBD yang pada masa sentralisasi didukung melalui APBN, namun setelah desentralisasi belum/tidak terdukung melalui APBD. Begitu juga dengan penyediaan alat kontrasepsi untuk keluarga

miskin belum bisa dipenuhi oleh pemerintah kabupaten/kota sehingga kebutuhan alat tersebut masih dipenuhi oleh pemerintah pusat melalui APBN.

Perbedaan kebijakan, kelembagaan, dukungan pihak terkait kepentingan dan alokasi anggaran, bisa membuat pelaksanaan program KB di suatu wilayah berbeda-beda. Kurangnya komitmen pemerintah kabupaten/kota terhadap program KB sangat erat kaitannya dengan pemahaman pemerintah/pejabat pemerintah kabupaten/kota yang belum komprehensif. Umumnya, pemahaman keluarga berencana hanya sebatas pelayanan kontrasepsi.

Salah satu Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang keluarga berencana dan keluarga sejahtera kabupaten/kota adalah penyediaan alat dan obat kontrasepsi sebesar 30 persen dari perkiraan permintaan masyarakat. Berdasarkan data, pada tahun 2013 di Provinsi Lampung belum semua kabupaten/kota menyediakan alat dan obat kontrasepsi yang dianggarkan melalui dana APBD

Pelaksanaan program KB di Provinsi Lampung, sejak didesentralisasikan yang ditandai dengan penyerahan personel, peralatan, pembiayaan dan dokumentasi (P3D) pada tahun 2004. Dari sisi kelembagaan, KB mempunyai variasi nomenklatur yang beragam, terutama sebelum diberlakukannya peraturan pemerintah (PP) No. 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah, ada yang berbentuk kantor, ada yang berbentuk badan yang digabungkan dengan catatan sipil, pembangunan masyarakat desa dan lain lain. Hal ini tentunya berpengaruh terhadap struktur dari organisasi tersebut dan selanjutnya berpengaruh terhadap pelaksanaan program KB di masyarakat.

Dari 14 kabupaten kota di Provinsi Lampung, sejak dilaksanakannya PP No. 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah,

Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten Kota dan PPNo. 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah, Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menangani Program KB (SKPD-KB) sudah semua kabupaten/kota berbentuk badan dan perumpunannya dengan pemberdayaan perempuan. Terakhir yang berbentuk badan adalah Kabupaten Lampung Barat (sejak tahun 2010) yang sebelumnya berbentuk kantor.

Dari data yang ada di BKKBN Provinsi Lampung, struktur kelembagaan SKPD-KB Kabupaten Lampung Tengah sudah berbentuk badan sejak 2004 (awal desentralisasi), dan pada saat ini mempunyai rasio petugas lapangan dengan desa 2,6 yang artinya setiap petugas lapangan membawahi dua sampai tiga desa. Lain halnya dengan Kabupaten Lampung Barat yang baru berbentuk badan pada tahun 2010, yang sebelumnya berbentuk kantor dan jumlah pengelola program KB baik di kabupaten maupun di lapangan banyak berkurang dibandingkan pada masa sebelum desentralisasi dengan rasio petugas lapangan KB dibandingkan dengan desa yang ada sebanyak 7 atau setiap petugas lapangan membawahi 7 desa. Sedangkan di provinsi saat ini rasio petugas lapangan KB dengan jumlah desa yang ada adalah 3,4 atau setiap petugas lapangan membawahi 3-4 desa.

Pada masa desentralisasi saat ini, program nasional ini tidak lagi mempunyai garis komando langsung dari BKKBN provinsi (sebagai perpanjangan tangan BKKBN Pusat). Karena itu maka dibuatlah kesepakatan kerja sama pelaksanaan program antara BKKBN provinsi dengan SKPD-KB kabupaten/kota yang berisi tentang pemenuhan kebutuhan masyarakat dalam program KB.

Perubahan lingkungan strategis dalam penggarapan program KB di tingkat kabupaten/kota yang sekarang menjadi kewenangan pemerintah kabupaten/kota.

Hal ini tentunya berakibat pada beragamnya struktur organisasi yang menangani program KB, pola penggarapan program, dan hasil dari penggarapan program KB itu sendiri. Di sisi lain program KB harus tetap berjalan dan berhasil menekan laju pertumbuhan penduduk melalui penurunan tingkat kelahiran, seiring dengan usaha meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam rangka mempercepat Indonesia yang lebih sejahtera.

Pembangunan ekonomi tanpa didukung kualitas penduduk yang memadai tidak akan berkelanjutan. Sebaliknya peningkatan kualitas penduduk tidak akan terjadi jika tidak ada pertumbuhan ekonomi. Pertumbuhan ekonomi dan peningkatan kualitas penduduk akan sulit dilaksanakan jika jumlah penduduk makin besar dan kualitas yang rendah. Membiarkan pertumbuhan penduduk dengan kualitas rendah menjadi tidak terkendali akan mempersulit persoalan pembangunan.

Dengan adanya perubahan lingkungan strategis dalam penggarapan program KB di kabupaten/kota ini, mengakibatkan bervariasinya daya dukung yang ada untuk penggarapan program KB. Di sisi lain pemerintah pusat melalui BKKBN provinsi menetapkan agar pelayanan program KB di masyarakat berjalan dengan baik, dengan ditetapkannya kesepakatan kerja sama penggarapan program. Dengan demikian menarik untuk diteliti apakah ada perbedaan kemampuan SKPD-KB kabupaten/kota dalam menjalankan tugas dan fungsinya, mengingat daya dukung kabupaten/kota yang berbeda. Sekaligus untuk melihat apakah semangat otonomi daerah yang telah diberikan untuk mengelola urusan pemerintah di bidang KB dilaksanakan sesuai dengan cita-cita desentralisasi, yaitu memberikan pelayanan publik yang lebih baik. Sehingga penelitian ini juga

merupakan kajian ilmu pemerintahan, khususnya tentang otonomi daerah dan kajian ilmu sosial, karena penduduk adalah obyek dan subyek dari pembangunan itu sendiri. Penduduk Indonesia dengan jumlah yang besar ini harus ditingkatkan kualitasnya seiring dengan penekanan laju pertumbuhannya agar pembangunan ekonomi yang sedang berjalan lebih bisa bermakna.

1.2 Penelitian Terdahulu

Dari pengamatan penulis, selama ini baru ada 1 (satu) penelitian menyangkut pelaksanaan program KB di era desentralisasi di Provinsi Lampung. Penelitian tersebut dilakukan oleh Agoes M Sulaiman tahun 2010 tentang Koordinasi antara BKKBN Lampung dan Satuan Kerja Perangkat Daerah Dalam Pengelolaan Program KB di Provinsi Lampung. Dalam penelitian ini dijelaskan mengenai kedudukan dan koordinasi BKKBN Provinsi Lampung sebagai instansi vertikal dan SKPD-KB Kota Metro, Kabupaten Tanggamus dan Pringsewu sebagai instansi perangkat daerah dalam pengelolaan program KB. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa antara BKKBN Provinsi Lampung dengan SKPD-KB kabupaten/kota mempunyai kedudukan yang berbeda, namun mempunyai tugas, fungsi dan wewenang yang sama, yaitu mengelola dan melaksanakan program KB.

Menurut pengamatan penulis, penelitian ini belum mengungkapkan hasil pelaksanaan tugas, fungsi dan wewenang dalam mengelola program KB, yang merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh pemerintah daerah sesuai dengan PP No. 38 tahun 2007 dan PP No. 41 tahun 2007. Dengan demikian setelah berjalannya dua PP tersebut, perlu diteliti lebih lanjut bagaimana

pelaksanaan program KB di kabupaten/kota dan bagaimana kemampuan SKPD-KB dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya.

Dari jurnal yang diterbitkan BKKBN, diketahui penelitian yang dilakukan oleh Kusar AS yang berjudul “Program Keluarga Berencana Dalam Era Desentralisasi”. Dalam tulisan tersebut diungkapkan bahwa pelaksanaan program KB di era desentralisasi, maka sebagai wahana meningkatkan koordinasi, sinkronisasi dan memadukan kebijakan pemerintah dan pemerintah daerah dalam rangka memantapkan pelaksanaan desentralisasi dan otonomi daerah, maka hal yang strategis adalah pelaksanaan rapat kerja nasional

1.3 Masalah dan Ruang Lingkup

Masalah yang akan diteliti adalah bagaimana pelaksanaan program Keluarga Berencana pada era desentralisasi di SKPD-KB Kabupaten Lampung Tengah dan Kabupaten Lampung Barat dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya?

Adapun ruang lingkup penelitian ini adalah mencakup obyek, masa, wilayah dan keilmuan dengan penjelasan sebagai berikut :

1.3.1 Objek Penelitian

Yaitu pembahasan mengenai pelaksanaan desentralisasi program KB di dua kabupaten dan perbedaan kemampuan SKPD-KB dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya.

1.3.2 Masa Penelitian

Penelitian dan pembahasan dalam tesis ini dibatasi hanya pada tahun 2013. Hal ini dengan pertimbangan bahwa dalam mengukur dan mengevaluasi pelaksanaan tugas pokok dari SKPD-KB adalah dalam 1 (satu) tahun anggaran dan tahun anggaran yang terakhir adalah tahun 2013.

1.3.3 Wilayah Penelitian

Penelitian dalam tesis ini dilakukan pada 2 (dua) kabupaten yaitu Lampung Tengah dan Lampung Barat. Dengan pertimbangan sebagai berikut : Kabupaten Lampung Tengah mempunyai penduduk terbanyak di Provinsi Lampung, yaitu 15 persen dari jumlah Penduduk Lampung, dengan laju pertumbuhan penduduk sekitar 1 (satu) persen per tahun.

Dengan jumlah penduduk yang besar akan memberi kontribusi yang besar pula terhadap pertumbuhan penduduk di Provinsi Lampung, jika pengendalian penduduknya tidak dapat dilakukan dengan baik, maka akan memberikan kontribusi besar terhadap persoalan-persoalan kependudukan di Provinsi Lampung.

Selain itu, kelembagaan Satuan Kerja Perangkat Daerah Pengelola program KB (SKPD-KB) di Kabupaten Lampung Tengah dalam bentuk badan sudah terbentuk sejak tahun 2004. Perkembangan program KB di Kabupaten Lampung Tengah dilihat dari kesertaan ber-KB (peserta KB aktif) dibandingkan dengan pasangan usia subur (PUS) selalu meningkat setiap tahun dan persentasenyaselalu di atas rata-rata provinsi (lihat tabel 1).

Kabupaten Lampung Barat mempunyai penduduk 5,5 persen dari keseluruhan penduduk Lampung dengan laju pertumbuhan penduduk 1,22 persen pertahun. Angka ini menunjukkan mempunyai potensi untuk berkembang cepat. Kelembagaan KB dalam bentuk badan baru terbentuk pada tahun 2010. Sedangkan rasio petugas lapangan KB terhadap jumlah desa sebesar 7 dengan kata lain, rata-rata 1 (satu) orang petugas lapangan KB membawahi 7 desa.

Perkembangan program KB di Kabupaten Lampung Barat dilihat dari kesertaan KB (peserta KB aktif) dibandingkan dengan pasangan usia subur yang ada masih rendah (dibawah rata-rata provinsi), seperti terlihat pada tabel dibawah ini:

No	Kabupaten	Tahun			
		2009	2010	2011	2012
1	Lampung Tengah	72,77%	73,83%	72,77%	74,54%
2	Lampung Barat	66,76%	69,97%	66,76%	69,94%
	Provinsi Lampung	70,75%	71,66%	70,75%	70,64%

Sumber : Laporan Hasil Rakerda tahun 2008, 2009, 2010, 2011

1.4 Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1.4.1 Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui, memahami, dan mengevaluasi pelaksanaan program KB di Kabupaten Lampung Tengah dan Kabupaten Lampung Barat termasuk kelembagaan, sarana dan prasarana serta kegiatan yang dilakukan.
2. Untuk mengetahui, memahami dan mengevaluasi perbedaan dan persamaan dalam pelaksanaan program KB di kabupaten Lampung Tengah dan

Lampung Barat dikaitkan dengan pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya yang dilihat dari hasil-hasil pelaksanaan program KB.

1.4.2 Kegunaan Penelitian

1. Secara teoritis, yaitu untuk mengetahui pelaksanaan program KB dan kemampuan SKPD-KB melaksanakan tugas pokok dan fungsinya di masadesentralisasi.
2. Secara praktis, yaitu untuk memberikan masukan bagi praktisi pemerintahan dan aparat pelaksanan/pengelola program KB sehingga mungkin dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam pengambilan kebijakan serta strategi dalam melaksanakan program KB sehingga tercapai sasaran dan tujuan yang ditetapkan bisa tercapai.