



**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM KAMPUNG
KELUARGA BERENCANA DI DESA POJOKSARI
KABUPATEN KENDAL**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh :

Dwi Septina Hidayati

NIM 6411415155

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2020

ABSTRAK

Dwi Septina Hidayati

Analisis Implementasi Kampung Keluarga Berencana Desa Pojoksari Kabupaten Kendal

XIX + 126 halaman + 4 tabel + 5 gambar + 9 lampiran

Meningkatnya pertumbuhan penduduk di Indonesia merupakan masalah besar yang dihadapi pemerintah. Kabupaten Kendal dari tahun 2014-2017 mengalami peningkatan jumlah penduduk yaitu dari 955.949 jiwa sampai 957.024 jiwa dengan laju pertumbuhan sebesar 0.85% untuk itu pemerintah membentuk program kampung KB yang merupakan salah satu inovasi program pemerintah dalam memperkuat program KKBPK dengan mempersempit ruang lingkup sasaran yaitu dalam tingkat wilayah atau desa. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui implementasi program kampung KB di desa Pojoksari Kabupaten Kendal .

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode penelitian kualitatif dengan rancangan deskriptif. Pemilihan informan menggunakan teknik purposive sampling. Informan berjumlah 8 orang yang terdiri dari 3 informan utama dan 5 orang informan triangulasi. Teknik pengambilan data dengan wawancara dan observasi . Data dianalisis secara kualitatif.

Hasil dari penelitian dalam Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor Komunikasi belum berjalan dengan baik, sumber daya yang masih kurang dalam bentuk dana, disposisi yang cenderung positif dan SOP yang belum diketahui dan dibukukan.

Saran untuk penelitian ini adalah untuk lebih mengkaji dari sisi regulasi kebijakan yang digulirkan sampai pada teknis pelaksanaan di lapangan, koordinasi fungsional dan lintas institusional, selain menggunakan teori dan konsep yang ada.

Kata kunci: Implementasi, Kebijakan, Kampung KB

Kepustakaan : 44 (2009-2017)

ABSTRACT

Dwi Septina Hidayati

Implementation Analysis of Family Planning Village Program in Pojoksari Village Kendal Regency

XIX + 126 page + 4 tables + 5 image + 9 appendices

Increased population growth in Indonesia is a major problem faced by the government. Kendal Regency from 2014-2017 experienced an increase in population, from 955.949 people to 957.024 people with a growth rate of 0.85% for which the government established the KB village program which is one of the innovative programs the government in strengthening the KKBPK program by narrowing the scope of the target, namely at the regional or village level. The purpose of this study was to determine the implementation of the KB village program in Pojoksari village, Kendal Regency.

The method used in this research is to use qualitative research methods with descriptive designs. The selection of informants uses purposive sampling technique. There were 8 informants consisting of 3 main informants and 5 triangulation informants. Data collection techniques with interviews and observations. Data were analyzed qualitatively.

The results of the research in the results of this study indicate that communication factors are not going well, resources are still lacking in the form of funds, dispositions that tend to be positive and SOPs that are not yet known and recorded.

Suggestions for this research are to examine more in terms of policy regulations that are rolled out to the technical implementation in the field, functional coordination and cross-institutional, in addition to using existing theories and concepts.

Keywords: Implementation, Policy, Kampung KB

Literatures: 44 (2009-2017)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak pernah terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh keserjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain. Kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 11 Desember 2019

Penulis,



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dwi Septina Hidayati".

Dwi Septina Hidayati
6411415155

MOTTO

Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.

(Qs Al-Insyirah: 5-8)

Ilmu itu kehidupan hati daripada kebutaan, sinar penglihatan daripada kezaliman, dan tenaga badan daripada kelemahan.

(Imam Al Ghazali)

Bersikaplah kukuh seperti batu karang yang tidak putus-putusnya dipukul ombak. Ia tidak saja tetap berdiri kukuh, bahkan ia menenteramkan amarah ombak dan gelombang itu.

(Marcus Aurelius)

PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul “Analisis Implementasi Program Kampung Keluarga Berencana di Desa Pojoksari Kabupaten Kendal” yang disusun oleh Dwi Septina Hidayati, NIM 6411415155 telah disetujui untuk diujikan di hadapan penguji pada Ujian Proposal Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, 11 Desember 2019

Pembimbing,



dr. Fitri Indrawati, M.P.H

NIP. 1988307112008012008

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Analisis Implementasi Program Kampung Keluarga Berencana di Desa Pojoksari Kabupaten Kendal” yang disusun oleh Dwi Septina Hidayati, NIM 6411415155 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:


Hari, tanggal : Senin, 10 Februari 2020

Tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A

Panitia Ujian



Ketua
Prof. Dr. Rendiyo Rahayu, M.Pd
NIP 196103201984032001

Sekretaris,



Sofwan Indarjo, S.K.M.,M,Kes
NIP 197607192008121002

Dewan Penguji

Penguji I


Drs. Bambang Wahyono, M.Kes
NIP 196006101987031002

Penguji II


Galuh Nita Prameswari, S.K.M, M.Si
NIP 198006132008122002

Penguji III


dr. Fitri Indrawati, M.P.H
NIP 198830711200801200

Tanggal

19 / 2 - 2020

24 / 2 - 2020

04 / 2 - 2020

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Analisis Implementasi Program Kampung Keluarga Berencana Di Desa Pojoksari Kabupaten Kendal”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas akhir mata kuliah skripsi. Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian.
2. Bapak Irwan Budiyono, S.KM, M.Kes (Epid)., selaku Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang yang telah membantu dalam hal administrasi penyusunan skripsi ini.
3. Ibu dr. Fitri Indrawati, M.P.H, selaku Dosen Pembimbing Skripsi atas bimbingan, saran, dan arahan dalam menyelesaikan skripsi.
4. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang yang telah memberi ilmu, semangat, dan motivasi selama penulis menempuh perkuliahan.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, Petugas Lapangan Keluarga Berencana dan Puskesmas Rowosari II yang telah berkenan membantu dan memberikan informasi kepada penulis dalam melaksanakan penelitian.

6. Kedua orang tua, kedua saudaraku, atas segala perhatian, dukungan moral maupun materil, serta motivasi yang sungguh berarti bagi penulis, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan semua pihak yang terlibat dalam penelitian dan penyusunan proposal skripsi ini. Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan balasan dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan. Atas saran dan masukan yang diberikan, penulis mengucapkan terima kasih.

Semarang, 11 Desember 2019

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	i
ABSTRACT.....	ii
PERNYATAAN	iii
MOTTO.....	iv
PERSETUJUAN.....	v
PENGESAHAN	vi
PRAKATA.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG MASALAH	1
1.2 RUMUSAN MASALAH.....	6
1.2.1 Rumusan Masalah Umum.....	6
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus.....	6
1.3 TUJUAN PENELITIAN	7
1.4 MANFAAT	8
1.4.1 Bagi Instansi Terkait.....	8
1.4.2 Bagi Masyarakat	8

1.4.3	Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	8
1.4.4	Bagi Peneliti	8
1.5	KEASLIAN PENELITIAN	9
1.6	RUANG LINGKUP PENELITIAN	11
1.6.1	Ruang Lingkup Tempat	11
1.6.2	Ruang Lingkup Waktu.....	11
1.6.3	Ruang Lingkup Keilmuan.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA		12
2.1	LANDASAN TEORI.....	12
2.1.1	Kebijakan.....	12
2.1.2	Implementasi	15
2.1.3	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan.....	16
2.1.4	Kebijakan Kesehatan	23
2.1.5	Keluarga Berencana.....	24
2.1.6	Kampung Keluarga Berencana	31
2.2	KERANGKA TEORI	42
BAB III METODE PENELITIAN		44
3.1	ALUR PIKIR.....	44
3.2	FOKUS PENELITIAN.....	44
3.3	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	44
3.4	SUMBER INFORMASI.....	45

3.4.1	Data Primer	45
3.4.2	Data Sekunder.....	46
3.5	INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA	47
3.5.1	Instrumen Penelitian	47
3.5.2	Teknik Pengambilan Data.....	47
3.6	PROSEDUR PENELITIAN	49
3.6.1	Tahap Pra Penelitian	49
3.6.2	Tahap Penelitian	49
3.6.3	Tahap Pasca Penelitian	50
3.7	PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA	50
3.8	TEKNIK ANALISIS DATA	51
3.8.1	Reduksi Data.....	51
3.8.2	Penyajian Data.....	52
3.8.3	Simpulan.....	52
BAB IV HASIL PENELITIAN		53
4.1	GAMBARAN UMUM PENELITIAN	53
4.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian	53
4.1.2	Gambaran Umum Program kampung KB	55
4.1.3	Karakteristik informan utama	58
4.1.4	Karakteristik Informan Triangulasi	59
4.2	HASIL PENELITIAN	60

4.2.1 Variabel Komunikasi.....	60
4.2.2 Variabel Sumber Daya.....	75
4.2.3 Variabel Disposisi (Sikap).....	84
4.2.4 Variabel Struktur Birokrasi.....	90
BAB V PEMBAHASAN	95
5.1 PEMBAHASAN.....	95
5.1.1 Implementasi Kebijakan Program Kampung Keluarga Berencana	95
5.2 KELEMAHAN PENELITIAN.....	115
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	117
6.1 SIMPULAN.....	117
6.2 SARAN.....	118
LAMPIRAN.....	126

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	9
Tabel 4.1 Kependudukam di Wilayah Kecamatan Rowosari Tahun 2016	55
Tabel 4.2 Informan Utama dalam Penelitian	58
Tabel 4.3Informan Triangulasi	59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Proses Kebijakan Publik.....	14
Gambar 2.2 Model Implementasi Edward III	21
Gambar 2.3 Kelompok kerja kampung keluarga berencana	37
Gambar 2.4 Kerangka Teori.....	42
Gambar 3.1 Alur Pikir	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Permintaan Menjadi Responden.....	127
Lampiran 2 Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek.....	128
Lampiran 3 Pedoman Wawancara	130
Lampiran 4 Surat Keputusan Penetapan Dosen Pembimbing.....	139
Lampiran 5 Surat Izin Penelitian dari FIK UNNES.....	140
Lampiran 6 Surat Pengajuan Izin Penelitian Kesbangpol.....	141
Lampiran 7 Surat Bukti Selesai Penelitian.....	142
Lampiran 8 Salinan Ethical Clearance	143
Lampiran 9 Dokumentasi penelitian	144

DAFTAR SINGKATAN

ADD	=	Alokasi Dana Desa
AKBK	=	Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	=	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AIDS	=	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
APBD	=	Anggaran, Pendapatan, dan Belanja Daerah
APBN	=	Anggaran, Pendapatan, dan Belanja Nasional
BBLR	=	Berat Badan Lahir Rendah
BKB	=	Bina Keluarga Balita
BKKBN	=	Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional
BKL	=	Bina Keluarga Lansia
BKR	=	Bina Keluarga Remaja
BPD	=	Badan Permusyawatan Desa
DIPA	=	Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran
DP3AKB	=	Dinas Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak Dan Keluarga Berencana
GENRE	=	Generasi Berencana
HIV	=	<i>Human Immuno-deficiency Virus</i>
IUD	=	<i>Intra Uterine Device</i>
KB	=	Keluarga Berencana

KR	=	Kesehatan Reproduksi
KDRT	=	Kekerasan Dalam Rumah Tangga
KK	=	Kartu Keluarga
KKBPK	=	Kependudukan Keluarga Berencana Dan Pembangunan Keluarga
KIA	=	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	=	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KS	=	Keluarga Sejahtera
Lansia	=	Lanjut Usia
LPMD	=	Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa
MKJP	=	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
MOP	=	Metode Operasi Pria
MOW	=	Metode Operasi Wanita
PA	=	Peserta Aktif
PB	=	Peserta Baru
PAUD	=	Pendidikan Anak Usia Dini
PHBS	=	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PIKR	=	Pusat Informasi dan Konseling Remaja
PKK	=	Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
PKLK	=	Pendidikan Khusus dan Layanan Khusus
PLKB	=	Petugas Lapangan Keluarga Berencana

Pokja	=	Kelompok Kerja
Poktan	=	Kelompok Kegiatan
Posyandu	=	Pos Pelayanan Keluarga Berencana Kesehatan Terpadu
PPKBD	=	Pembantu Pembina Keluarga Berencana Desa
PPL	=	Petugas Penyuluh Lapangan
PUS	=	Pasangan Usia Subur
RAB	=	Rincian Anggaran Biaya
RT	=	Rukun Tetangga
RW	=	Rukun Warga
SDM	=	Sumber Daya Manusia
SKPD	=	Satuan Kerja Perangkat Daerah
Todat	=	Toko Adat
Toga	=	Tokoh Agama
Toma	=	Tokoh Masyarakat
UPPKS	=	Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera
WUS	=	Wanita Usia Subur

BAB I

PENDAHULAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Indonesia merupakan negara dengan penduduk terbanyak di dunia setelah Republik Rakyat Cina, India dan Amerika Serikat. Indonesia juga merupakan salah satu negara berkembang dengan jumlah penduduk sebesar 261 890 900 jiwa yaitu pada tahun 2017. Jumlah penduduk tersebut menjadikan Indonesia menempati peringkat ke 4 negara terpadat di dunia (Badan Pusat Statistik, 2015)

Bedasarkan survei dari Badan Pusat Statistik tahun 2010-2017 negara Indonesia memiliki laju pertumbuhan mencapai 34%. Perjalanan pergeseran distribusi umur penduduk dan penurunan rasio ketergantungan penduduk muda (*youth dependency ratio*) di Indonesia membentuk keadaan ideal yang menghasilkan potensi terjadinya bonus demografi, dimana jumlah penduduk usia kerja hampir dua kali dibandingkan dengan jumlah penduduk dibawah 15 tahun (Badan Pusat Statistik, 2015).

Dari data hasil proyeksi Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia selama dua puluh lima tahun mendatang terus meningkat yaitu dari 238,5 juta pada tahun 2010 menjadi 305,6 juta pada tahun 2035. Dalam periode 2010-2015 dan 2030-2035 laju pertumbuhan penduduk turun dari 1,38 persen menjadi 0,62 persen per tahun. Turunnya laju pertumbuhan ini ditentukan oleh turunnya tingkat kelahiran dan kematian. Tingkat penurunan karena kelahiran lebih cepat daripada tingkat penurunan karena kematian. Angka Kelahiran Kasarturun

dari sekitar 21,0 per 1000 penduduk pada awal proyeksi menjadi 14,0 per 1000 penduduk pada akhir periode proyeksi, sedangkan Angka Kematian Kasar naik dari 6,4 per 1000 penduduk menjadi 8,8 per 1000 penduduk dalam kurun waktu yang sama.

Jawa Tengah memiliki kepadatan penduduk dari tahun ke tahun yang terus meningkat. Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik dari tahun 2010 hingga tahun 2017 jumlah penduduk Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2010 sebanyak 32 382 657 jiwa yang mencakup mereka yang bertempat tinggal di daerah perkotaan sebanyak 14 805 038 jiwa (45,72 persen) dan di daerah perdesaan sebanyak 17 577 619 jiwa (54,28 persen). Sedangkan pada tahun 2017 Jawa Tengah memiliki jumlah penduduk sebanyak 34 257 865 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebesar 16 988 093 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 17 269 772 jiwa. Jawa Tengah memiliki laju pertumbuhan penduduk sebesar 0,78% (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah, 2017)

Kabupaten Kendal merupakan salah satu kabupaten yang berada di Provinsi Jawa Tengah. Jumlah penduduk Kabupaten Kendal dari tahun 2014-2017 mengalami peningkatan, pada tahun 2014 jumlah penduduk Kabupaten Kendal tercatat sebanyak 955.949 jiwa yang terdiri dari 483.732 jiwa penduduk laki-laki dan 472.217 jiwa penduduk perempuan sedangkan pada tahun 2017 Kabupaten Kendal mengalami peningkatan jumlah penduduk yaitu tercatat sebanyak 957.024 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 485.102 jiwa dan 471.922 jiwa penduduk perempuan. Kepadatan penduduk pada tahun 2014 adalah 954 jiwa/Km² sedangkan pada tahun 2017 kepadatan penduduk Kabupaten Kendal mengalami

peningkatan yaitu sebanyak 955 jiwa/Km². Laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Kendal pada tahun 2010-2017 adalah 0.85% (Badan Pusat Statistik Kabupaten Kendal, 2016).

Pergerakan laju pertumbuhan penduduk di Jawa Tengah yang terus meningkat dapat dikendalikan dengan adanya program keluarga berencana. Pembangunan gerakan keluarga berencana nasional ditunjukkan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia. Keluarga sebagai kelompok sumber daya manusia terkecil yang mempunyai ikatan batiniah dan lahiriah dimana merupakan pengembangan sasaran dalam mengupayakan terwujudnya visi Keluarga Berencana. Menurut Agarwal (2011) program keluarga berencana telah diakui sebagai faktor paling efektif dalam intervensi masalah kesehatan secara global. Keluarga yang berkualitas adalah keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Menurut Grant Miller(2014) keluarga berencana merupakan program yang memiliki kuantitatif paling sederhana namun praktis bermakna dalam peningkatan kesejahteraan sosial dan ekonomi keluarga. Menurut Shah (2010) keluarga berencana adalah kunci untuk mencapai kesehatan seksual dan reproduksi, tetapi juga berdampak pada pembangunan sosial dan ekonomi.

Untuk mencapai tujuan tersebut, pemerintah melakukan beberapa strategi diantaranya adalah penerapan model kampung keluarga berencana dalam peningkatan keefektifan program keluarga berencana. Kampung keluarga berencana merupakan salah satu bentuk/model miniatur pelaksanaan total Program

KKBPK secara utuh yang melibatkan seluruh bidang di lingkungan BKKBN dan bersinergi dengan Kementerian/Lembaga, mitra kerja, stakeholders instansi terkait sesuai dengan kebutuhan dan kondisi wilayah, serta dilaksanakan di tingkatan pemerintahan terendah (sesuai prasyarat penentuan lokasi kampung Keluarga Berencana) di seluruh kabupaten dan kota. Definisi Kampung Kampung Berencana pada “Kamus Istilah Kependudukan dan Keluarga Berencana” yang diterbitkan oleh Direktorat Teknologi Informasi dan Dokumentasi (Dittifdok) pada tahun 2011: “Kampung Keluarga Berencana adalah salah satu upaya penguatan Program KKBPK yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, dan untuk masyarakat dalam memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh pelayanan total program Keluarga Berencana, sebagai upaya mewujudkan keluarga yang berkualitas” (BKKBN, 2015).

Didalam kampung keluarga berencana dibentuk pola-pola pendekatan program keluarga berencana yang melibatkan masyarakat setempat sesuai dengan karakteristik masyarakat dan daerahnya. Melalui kampung keluarga berencana, program yang mendekat kemasyarakat dan hadir ditengah-tengah masyarakat. Sehingga diharapkan masyarakat lebih mudah mendapatkan akses dalam ber-KB.

Pemerintah Kabupaten Kendal menerapkan sistem kampung keluarga berencana untuk mengatasi masalah kependudukan serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat ditingkat kampung yang setara, melalui program kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga serta pembangunan sektor terkait dalam rangka mewujudkan keluarga kecil berkualitas. Kampung keluarga

berencana ini mulai dicanangkan pada bulan Agustus 2017. Menurut studi pendahuluan di kampung keluarga berencana desa Pojoksari merupakan salah satu desa yang terdapat di Kecamatan Rowosari Kabupaten Kendal yang terdiri dari 19 RT dan 5 RW. Kecamatan Rowosari tercatat pada tahun 2016 memiliki jumlah penduduk sebanyak 49618 jiwa. Dengan total jumlah keluarga 4143, Pasangan Usia Subur (PUS) sejumlah 2235 serta total jumlah remaja sebanyak 2370. Pemerintah Kabupaten Kendal menggunakan Desa Pojoksari sebagai tempat penerapan sistem kampung keluarga berencana karena Desa Pojoksari merupakan daerah yang memenuhi kriteria khusus program kampung keluarga berencana diantaranya yaitu telah adanya partisipasi keluarga dan remaja dalam program pembangunan keluarga namun tingkat partisipasinya masih rendah.

Indikator output dari program kampung keluarga berencana adalah meningkatnya kualitas dalam ber-KB yaitu dengan menurunnya angka *unmetneed* kurang dari 10% dan meningkatkan peserta Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) (BKKBN, 2015).

Berdasarkan data dari Puskesmas Rowosari II pada tahun 2017 jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di Desa Pojoksari sebanyak 308 dengan total peserta KB aktif terhadap Pasangan Usia Subur (PUS) sebesar 84,09% atau sebanyak 259 dan menurut metodenya 15,34% menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan 69,46% menggunakan non metode jangka panjang (MKJP). Setahun setelah dicanangkannya kampung keluarga berencana pada tahun 2018 jumlah pasangan usia subur (PUS) sebanyak 308 dengan total peserta KB aktif sebanyak 261 atau 82,07% dari pasangan usia subur (PUS), menurut metodenya 13,34%

menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan 68,58% menggunakan Non MKJP. Berdasarkan data tersebut dapat diketahui jumlah akseptor non MKJP lebih tinggi dari jumlah akseptor MKJP. Sedangkan dari data Puskesmas Rowosari II Desa Pojoksari pada tahun 2017-2018 jumlah *unmetneed* semakin meningkat yaitu dari 15,91% menjadi 17,92%. Oleh karena itu berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin melihat lebih dalam lagi tentang bagaimana implementasi program kampung keluarga berencana di Kabupaten Kendal.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan hasil survei Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah, Kabupaten Kendal memiliki laju pertumbuhan penduduk sebesar 0,78. Laju pertumbuhan penduduk ini merupakan laju pertumbuhan penduduk yang masih relatif cepat di Jawa Tengah. Kabupaten Kendal menerapkan program kampung keluarga berencana untuk mengatasi masalah kependudukan yang dialami daerah tersebut. Rumusan masalah berdasarkan latar belakang tersebut adalah bagaimana implementasi kampung keluarga berencana di Kabupaten Kendal?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

Adapun rumusan masalah diatas, dapat disusun rumusan masalah khusus dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana komunikasi yang terjalin dalam implementasi program Kampung Keluarga Berencana di RW 002 Desa Pojoksari Kabupaten Kendal?

2. Bagaimana ketersediaan sumber daya yang dimiliki dalam implementasi program Kampung Keluarga Berencana di RW 002 Desa Pojoksari Kabupaten Kendal?
3. Bagaimana disposisi implementor dalam implementasi program Kampung Keluarga Berencana di RW 002 Desa Pojoksari Kabupaten Kendal?
4. Bagaimana struktur birokrasi dalam implementasi program Kampung Keluarga Berencana di RW 002 Desa Pojoksari Kabupaten Kendal?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi kampung keluarga berencana dalam upaya peningkatan keefektifan program keluarga berencana di Kabupaten Kendal

1.3.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan dari penelitian diatas, dapat disusun tujuan penelitian khusus dalam penelitian ini adalah :

1. Mengetahui komunikasi yang terjalin dalam implementasi program Kampung Keluarga Berencana di RW 002 Desa Pojoksari Kabupaten Kendal?
2. Mengetahui ketersediaan sumber daya yang dimiliki dalam implementasi program Kampung Keluarga Berencana di RW 002 Desa Pojoksari Kabupaten Kendal.
3. Mengetahui disposisi implementor dalam implementasi program Kampung Keluarga Berencana di RW 002 Desa Pojoksari Kabupaten Kendal.

4. Mengetahui struktur birokrasi dalam implementasi program Kampung Keluarga Berencana di RW 002 Desa Pojoksari Kabupaten Kendal.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Instansi Terkait

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan dan perencanaan kegiatan yang dapat mendukung terlaksananya program keluarga berencana secara lebih efektif

1.4.2 Bagi Masyarakat

Memberikan tambahan informasi mengenai model kampung keluarga berencana, serta diharapkan dapat meningkatkan kesadaran berpartisipasi dalam mensukseskan program keluarga berencana

1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sebagai bahan referensi bagi jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat tentang model kampung keluarga berencana

1.4.4 Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan serta ilmu tentang program keluarga berencana dan untuk melatih kecakapan dalam penelitian dan penulisan ilmiah.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1.	Widyani Rahayu (Rahayu, Implementasi Kebijakan Tentang Program Kampung Keluarga Berencana oleh Bidang Keluarga Sejahtera dan Advokasi pada Dinas Pengendalian Pendudukan dan Keluarga Berencana Kabupaten Sukabumi, 2018)	Implementasi Kebijakan Tentang Program Kampung Keluarga Berencana oleh Bidang Keluarga Sejahtera dan Advokasi pada Dinas Pengendalian Pendudukan dan Keluarga Berencana Kabupaten Sukabumi	Deskriptif Kualitatif	Komunikasi, sumber daya, Disposisi, Karakteristik Agen Pelaksana, Lingkungan Ekonomi, Sosial, Politik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksana masih terkendala dengan ego masing-masing SKPD 2. Kemampuan staf masih rendah, kurangnya motivasi dalam melaksanakan tugas dan fungsinya 3. Kemampuan staf masih rendah, kurangnya motivasi dalam melaksanakan tugas dan fungsinya 4. Belum optimalnya kinerja seksi bins ketahanan keluarga, balita, anak, remaja dan lansia.
2.	Akhmad Zaeni (Zaeni, 2015)	Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana Di Kabupaten Batang Studi	Deskriptif Kualitatif	Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, Struktur Birokrasi, Lingkungan	1. Secara umum kebijakan peningkatan kesertaan KB pria di Kecamatan Gringsing dipengaruhi oleh empat dimensi besar

		Kasus Peningkatan Kesertaan Kb Pria Di Kecamatan Gringsing			2. Kebijakan peningkatan kesertaan KB pria merupakan bagian yang tak terpisahkan dari masalah social
3.	Novi Wulndari (Wulndari, 2018)	Evaluasi Implementasi Kampung Keluarga Berencana di Kelurahan Kota Karang Raya Kecamatan Teluk Betung Timur Kota Bandar Lampung	Deskriptif kuantitatif,	Efektivitas, Efisiensi, Kecukupan, Responsivitas	Kriteria efektifitas hanya pada indikator partisipasi peserta KB yang menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan. Kriteria efisiensi semua indikator belum terpenuhi secara maksimal. Pada kriteria kecukupan masyarakat telah merasa tepenuhi kebutuhan dalam hal pelayanan. Kriteria responsivitas dalam indikator tingkat kepuasan menunjukkan tanggapan yang positif dengan meningkatnya partisipasi masyarakat.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah :

1. Lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya, dengan judul yang sama belum pernah dilakukan di Kabupaten Kendal
2. Menggunakan teori sistem yang berebeda dengan penelitian sebelumnya.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian ini adalah di Desa Pojoksari RW 002 Kecamatan Rowosari Kabupaten Kendal.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan pada tahun 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini merupakan penelitian bagian dari ilmu kesehatan masyarakat dengn penekanan pada bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan khususnya melingkupi tentang analisis pelaksanaan program kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Kebijakan

2.1.1.1 Pengertian Kebijakan

Kebijakan dapat didefinisikan sebagai serangkaian rencana program, aktivitas, aksi, keputusan, sikap, untuk bertindak maupun tidak bertindak yang dilakukan oleh para pihak (aktor-aktor), sebagai tahapan untuk penyelesaian masalah yang dihadapi. Penetapan kebijakan merupakan suatu faktor penting bagi organisasi untuk mencapai tujuannya (Ramdhani, 2017).

Ada beberapa teori tentang kebijakan, di antaranya menurut Ealau dan Pewitt, kebijakan adalah sebuah ketetapan yang berlaku, dicirikan oleh perilaku yang konsisten dan berulang, baik dari yang membuat maupun yang melaksanakan kebijakan tersebut. Thimus mendefinisikan kebijakan sebagai prinsip-prinsip yang mengatur tindakan dan diarahkan pada tujuan tertentu sedangkan menurut Edi Suharto kebijakan adalah suatu ketetapan yang memuat prinsip-prinsip untuk mengarahkan cara bertindak yang dibuat secara terencana dan konsisten dalam mencapai tujuan tertentu (Sobirin, 2017).

Robert Eyestone mengatakan bahwa kebijakan publik dapat didefinisikan sebagai hubungan suatu unit pemerintah dengan lingkungannya. Batasan lain tentang kebijakan publik diberikan oleh Thomas R.Dye yang mengatakan bahwa

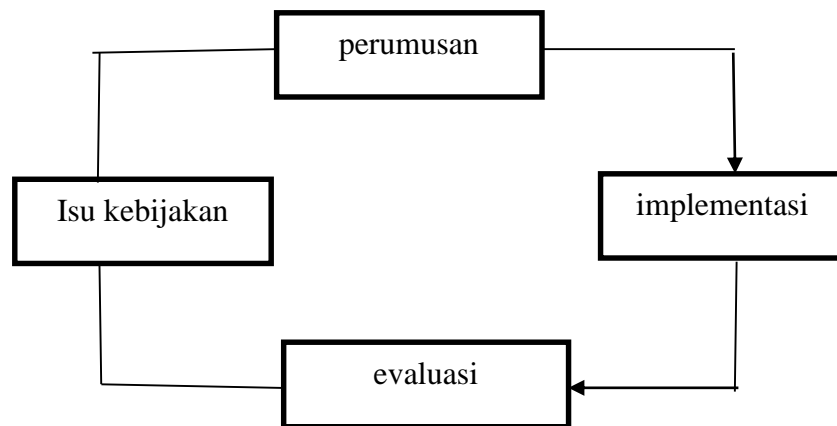
kebijakan publik adalah apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan dan tidak dilakukan (Djaenuri, 2015)

Kebijakan publik merupakan serangkaian tindakan yang telah ditentukan oleh pemerintah dalam rangka merespon permasalahan yang dihadapi masyarakat dan bertujuan untuk mengatur kepentingan seluruh anggota masyarakat. Kebijakan juga memuat semua tindakan pemerintah baik yang dilakukan maupun yang tidak dilakukan oleh pemerintah yang dalam pelaksanaannya terdapat unsur pemaksaan kepada pelaksana atau pengguna kebijakan agar dipatuhi. Kebijakan publik tersebut dapat berupa peraturan perundang-undangan yang dipergunakan untuk tujuan, sasaran dari program-program dan tindakan yang dilakukan oleh pemerintah (Djaenuri, 2015).

James Anderson mendefinisikan kebijakan publik merupakan kebijakan yang disusun oleh lembaga-lembaga pemerintah dan pejabat-pejabat pemerintah. Ciri khusus dari kebijakan adalah kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan oleh “*authorities*” dalam sistem politik, seperti pimpinan tertinggi pada suatu lembaga pemerintah, perubahan undang-undang hukum, administrasi, anggota dewan, raja dan lain-lain yang seperti itu. David Easton mengemukakan bahwa kebijakan publik sebagai pengalokasian nilai-nilai secara paksa (sah) kepada seluruh anggota masyarakat. Berdasarkan definisi ini maka dapat dikemukakan bahwa hanya pemerintah yang dapat mengalokasikan nilai-nilai secara paksa kepada seluruh anggota masyarakat (Djaenuri, 2015).

2.1.1.2 Proses Kebijakan Publik

Menurut Nugroho mengemukakan dasar proses kebijakan publik sebagai berikut :



Gambar 2. 1 Proses Kebijakan Publik

Sumber : Nugroho (2006)

Penjelasan dari gambar diatas sebagai berikut : Isu kebijakan disebut isu apabila bersifat strategis, yakni bersifat mendasar, yang menyangkut banyak orang atau bahkan keselamatan bersama, (biasanya) berjangka panjang, tidak bisa diselesaikan oleh orang-seorang, dan memang harus diselesaikan. Isu ini diangkat sebagai agenda politik untuk diselesaikan. Isu ini diangkat sebagai agenda politik untuk diselsaikan. Isu kebijakan terdiri dari dua jenis, yaitu problem dan goal, artinya kebijakan publik dapat berorientasi pada permasalahan yang muncul pada kehidupan publik, dan dapat pula berorientasi pada goal atau tujuan yang hendak dicapai pada kehidupan publik. Pada saat itu, sebagian besar kebijakan publik mengacu pada permasalahan daripada antisipasi ke depan, dalam bentuk *goal oriented policy*, sehingga dalam banyak hal kita melihat kebijakan publik yang berjalan tertatih-tatih di belakang masalah publik yang terus bermunculan dan

akhirnya semakin tak tertangani. Isu kebijakan ini kemudian menggerakkan pemerintah untuk merumuskan kebijakan publik dalam rangka menyelesaikan masalah tersebut. Rumusan kebijakan ini akan menjadi hukum bagi seluruh negara dan warganya termasuk pimpinan negara. Setelah dirumuskan, kebijakan publik ini kemudian dilaksanakan baik oleh pemerintah atau masyarakat maupun pemerintah bersama-sama dengan masyarakat. Namun, dalam proses perumusan, pelaksanaan, dan pasca pelaksanaan diperlukan tindakan evaluasi sebagai sebuah siklus baru untuk dinilai apakah kebijakan tersebut sudah dirumuskan dengan baik dan benar dan diimplementasikan dengan baik dan benar pula.

Implementasi kebijakan bermuara pada output yang berupa kebijakan itu sendiri ataupun manfaat langsung yang dapat dirasakan oleh pemanfaat. Dalam jangka panjang, kebijakan tersebut menghasilkan *outcome* dalam bentuk dampak kebijakan yang diharapkan semakin meningkatkan tujuan yang hendak dicapai dengan kebijakan tersebut (Sobirin, 2017).

2.1.2 Implementasi

Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian yang luas, merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang. Ripley dan Frangklin berpendapat bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*), atau suatu jenis keluran yang nyata (*tangible output*). Istilah implementasi menunjuk pada sejumlah kegiatan yang mengikuti pernyataan maksud tentang tujuan-tujuan program dan hasil-hasil yang diinginkan oleh para pejabat pemerintah (Winarno, 2008)

Mzmanian dan Sabatier mengemukakan bahwa implementasi adalah upaya melaksanakan keputusan kebijakan. Grindle mendefinisikan keberhasilan implementasi dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dari individual projects dan kedua apakah tujuan program tercapai. Tahap implementasi kebijakan sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan, karena melalui prosedur ini proses kebijakan secara keseluruhan dapat dipengaruhi tingkat keberhasilan atau tidaknya pencapaian tujuan (Nugroho, 2006).

2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Pentingnya kebijakan publik sebagai instrumen untuk memberikan jawaban terhadap suatu kondisi yang dihadapi mendapatkan perhatian dari para ahli. Oleh karena itu penting untuk mengkaji bagaimana model-model implementasi kebijakan publik. Keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh banyak variabel atau faktor masing-masing variabel atau faktor tersebut saling berhubungan satu sama lain. Untuk memperdalam pemahaman kita terhadap beberapa variabel atau faktor yang dapat memengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan, maka berikut ini dipaparkan beberapa teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh para ahli.

2.1.3.1 Teori George C. Edwards III (1980)

Dalam implementasi kebijakan, Edwards III menyarankan untuk lebih memperhatikan empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu faktor sumber daya, birokrasi, komunikasi, dan disposisi (Winarno, 2008).

2.1.3.1.1 *Komunikasi*

Komunikasi adalah salah satu aspek penting untuk pencapaian tujuan dalam pengimplementasikan kebijakan pemerintah. Dalam hal ini komunikasi berkenaan dengan proses penyampaian informasi yang didalamnya berisi pesan penting dari pengambil kebijakan kepada *stakeholder*. Oleh karena itu dibutuhkan kejelasan informasi kebijakan serta konsistensi informasi yang disampaikan pada pihak terkait. Informasi yang tidak konsisten dapat berpotensi menjadi salah satu aspek yang menggagalkan implementasi kebijakan publik. Komunikasi dianggap sebagai faktor yang sangat penting, hal ini berangkat dari asumsi yang mengatakan bahwa implementor kebijakan publik (Winarno, 2008).

Komunikasi dianggap faktor yang sangat penting, hal ini berangkat dari asumsi yang mengatakan bahwa implementor kebijakan akan melaksanakan apa yang diterima dan dipahami dalam suatu kebijakan. Semakin baik komunikasi yang dilakukan maka akan semakin efektif produk kebijakan yang ada. Terdapat 3 faktor yang dapat digunakan dalam mengukur keberhasilan komunikasi yaitu;

2.1.3.1.1.1 *Transmisi*

Sebelum pejabat dapat mengimplementasikan suatu keputusan, ia harus menyadari bahwa suatu keputusan telah dibuat dalam suatu perintah untuk dilaksanakan. Hal ini tidak selalu merupakan proses yang langsung sebagaimana nampaknya. Banyak sekali ditemukan keputusan-keputusan tersebut diabaikan atau jika tidak demikian, seringkali terjadi kesalah pahaman terhadap keputusan-keputusan yang dikeluarkan.

2.1.3.1.1.2 *Kejelasan*

Jika kebijakan diimplementasikan sebagai mana yang diinginkan, maka petunjuk pelaksanaannya tidak hanya harus diterima para pelaksana kebijakan, tetapi komunikasi kebijakan tersebut juga harus jelas.

2.1.3.1.1.3 *Konsistensi*

Apabila implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif, maka perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Menurut Edwards, walaupun perintah-perintah yang disampaikan kepada para pelaksana kebijakan mempunyai kejelasan, akan tetapi apabila perintah tersebut bertentangan maka perintah tersebut tidak akan memudahkan para pelaksana kebijakan melaksanakan tugasnya dengan baik (Winarno, 2008).

2.1.3.1.2 *Sumber Daya*

Sumber daya mempunyai peranan penting dalam berhasil tidaknya suatu implementasi produk kebijakan. Dalam hal ini perintah-perintah yang harus diimplementasikan wajib diteruskan secara cermat, jelas, dan konsisten, akan tetapi jika sumberdaya yang dimiliki dalam mengimplementasikan kebijakan sangat terbatas, maka dapat dipastikan bahwa implementasi kebijakan bejalan akan tetapi tidak sebagaimana yang diharapkan, adapun sumber daya yang sangat penting, yaitu :

2.1.3.1.2.1 *Staf (staffing)*

Maksudnya adalah staf yang mempunyai kemampuan, kompetensi, dan keahlian yang dibutuhkan dalam mengimplementasikan kebijakan serta mempunyai dedikasi dan kemampuan kerja yang tinggi, sehingga apa yang telah direncanakan dapat diimplementasikan sesuai dengan yang diharapkan.

2.1.3.1.2.2 *Informasi (information)*

Informasi merupakan sumber penting dalam implementasi kebijakan. Informasi yang dibutuhkan adalah informasi yang berkaitan dengan segala aspek, termasuk kesiapan staf dalam mengimplementasikan kebijakan yang telah ditetapkan.

2.1.3.1.2.3 *Wewenang (authority)*

Wewenang ini akan berbeda-beda baik dari bentuk program maupun pelaksanaannya, serta skill yang dibutuhkan berdasarkan bidang tugas yang ditetapkan dalam batasan wewenang yang diemban.

2.1.3.1.2.4 *Fasilitas*

Tanpa adanya fasilitas yang memadai, maka besar kemungkinan implementasi tidak akan berjalan sesuai dengan apa yang diharapkan (Winarno, 2008).

2.1.3.1.3 *Disposisi (Sikap)*

Disposisi diartikan sebagai sikap para implementor untuk mengimplementasikan kebijakan. Sikap pelaksana merupakan faktor penting ketiga dalam ketiga dalam proses implementasi kebijakan publik, apabila implementasi kebijakan diharapkan berjalan efektif, maka seharusnya para pelaksana kebijakan tidak hanya mengetahui apa yang harus dilakukan dan memiliki kapabilitas untuk melaksanakannya, akan tetapi mereka juga harus memiliki keinginan dan kecenderungan sikap positif untuk melaksanakan kebijakan tersebut (Winarno, 2008).

Disposisi sebagai mana yang dijelaskan oleh Subarsono (2011) adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementer, sebagai kejujuran, komitmen, sifat demokratis. Ketika implementor memiliki sifat atau persektif yang

berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan tidak efektif. Disposisi oleh implementor ini mencakup tiga hal penting, yaitu;

1. Respon implementor terhadap kebijakan, yang akan memengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan,
2. Kognisi, yaitu pemahaman para implementor terhadap kebijakan yang dilaksanakan,
3. Intensitas disposisi implementor, yaitu preferensi nilai yang dimiliki oleh setiap implementor (Subarsono, 2011).

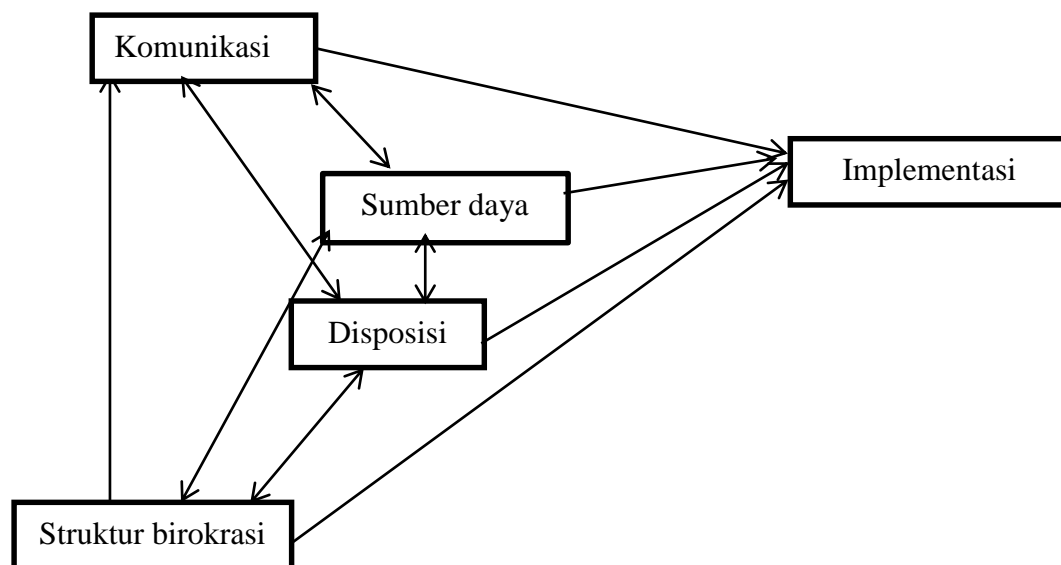
2.1.3.1.4 Struktur Birokrasi

Meskipun sumber-sumber untuk mengimplementasikan suatu kebijakan sudah mencukupi dari para implementor telah mengetahui apa dan bagaimana cara melakukannya, serta mereka mempunyai keinginan untuk melakukannya, implementasi kebijakan bisa jadi masih belum efektif, karena terdapat ketidakefisienan struktur birokrasi yang ada. Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi yang baik.

Struktur organisasi yang baik adalah susunan komponen (unit-unit) kerja serta adanya kejelasan pembagian fungsi atau kegiatan yang berbeda diintegrasikan dan dikoordinasikan, selain itu struktur organisasi menunjukkan spesifikasi pekerjaan, bentuk perintah, dan laporan akhir. Adapun aspek-aspek dari struktur birokrasi, yaitu 1). Adanya standar operasional prosedur (SOP) yang mengatur tata aliran pekerjaan dalam pelaksanaan program, SOP dalam

pelaksanaannya dapat menghasilkan fleksibilitas yang sangat baik serta adanya keadilan dalam pelaksanaan aturan. 2). Fragmentasi adalah upaya penyebaran tanggung jawab pada suatu area kebijakan diantara beberapa unit organisasi.

Model dari George C. Edward III ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Model Implementasi Edward III

Sumber: Subarsono (2011)

Gambar tersebut menunjukkan bahwa di dalam implementasi kebijakan ada empat variabel yang sangat mempengaruhi dan satu sama lain saling berkaitan. Seluruh variabel di atas harus dilaksanakan secara simultan karena antara satu dengan yang lainnya memiliki hubungan yang erat (Subarsono, 2011)

Kebijakan menurut ketersediaan sumber daya, baik berupa dana maupun yang lainnya. Kinerja kebijakan akan rendah apabila dana yang dibutuhkan tidak memadai. Kejelasan standar dan sasaran kebijakan tidak menjamin implementasi yang efektif apabila tidak diiringi dengan adanya komunikasi antar implementor

kebijakan dalam organisasi. Faktor komunikasi merupakan hal yang sering dipandang rumit dan sangat potensial untuk terjadinya penyimpangan komunikasi. Dalam organisasi publik, pemimpin organisasi seharusnya mampu mengkomunikasikan dan menciptakan kondisi kerja staf atau implementor untuk memiliki kapasitas dan motivasi kerja sebagaimana yang dikehendaki oleh kebijakan publik tersebut.

Persoalan di atas juga berkaitan erat dengan karakteristik birokrasi pelaksana, yang memiliki karakteristik, norma, dan pola hubungan yang sangat berpengaruh terhadap implementasi kebijakan. Organisasi pelaksana memiliki variabel yaitu; 1). Kompetensi dan jumlah staf, 2). Rentang dan derajat pengendalian, 3). Dukungan politik yang dimiliki, 4). Derajat keterbukaan dan kebebasan komunikasi, 5). Keterkaitan dengan pembuat kebijakan. Seluruh variabel tersebut membentuk sikap implementor terhadap kebijakan yang mereka implementasikan, dan akan sangat menentukan seberapa tinggi kinerja kebijakan tersebut. Kognisi, netralitas, dan obyektifitas para implementor kebijakan sangat memengaruhi bentuk respon mereka terhadap seluruh variabel tersebut. Wujud respon implementor menjadi penyebab berhasil atau tidaknya implementasi kebijakan. Jika implementor tidak memahami tujuan kebijakan, terlebih lagi dengan sistem nilai yang dimiliki pembuat kebijakan, maka implementasi kebijakan tidak akan efektif.

2.1.4 Kebijakan Kesehatan

Menurut UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Menurut UU Kesehatan No.36 tahun 2009 pasal 5 disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan. Menurut UU Kesehatan NO. 36 tahun 2009 pasal 14 disebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggara upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.

Kesehatan adalah suatu keadaan seimbang yang dinamis antar fisik, mental, sosial maupun spiritual yang diindikasikan dengan tidak terdapat keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan sehingga memungkinkan untuk hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Kebijakan kesehatan dapat diartikan sebagai suatu rangkaian konsep, asas, ketentuan pokok, dan keputusan yang diambil oleh seseorang atau sekelompok pelaku politik yang menjadi pedoman dan dasar pelaksanaan kegiatan untuk mencapai keadaan seimbang yang dinamis antara fisik, mental, sosial, maupun spiritual yang diindikasikan tidak adanya keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan agar masyarakat dapat hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi (Dachi, 2017).

Secara operasional, kebijakan kesehatan beroperasi pada 4 tingkatan, yaitu;

1. Tingkatan sistematis, yaitu corak utama yang membentuk sistem kesehatan secara keseluruhan. Misalnya keterlibatan institusi publik, peran publik atau swasta, dan hubungan kesehatan dengan sektor lain.
2. Tingkat program, yaitu memutuskan prioritas untuk pelayanan kesehatan, program-program kesehatan yang nyata dan cara yang ditempuh dimana sumber daya harus dialokasikan.
3. Tingkatan organisasi, menunjuk pada cara yang ditempuh agar sumber daya dapat digunakan produktif dan menyediakan pelayanan yang bermutu tinggi.
4. Tingkatan instrumetal, yaitu menjadi tingkatan dalam pengembangan instrumen organisasi yang baik, seperti dalam pengembangan sumber daya manusia kesehatan, manajemen kesehatan, pembiayaan kesehatan dan lain sebagainya.

2.1.5 Keluarga Berencana

2.1.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga adalah lembaga sosial bagian terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kelompok manusia yang hidup bersama dengan adanya ikatan perkawinan hubungan darah dan adopsi dimana hubungan terdiri dari ayah, ibu, anak-anak, dan saudara (BKKBN, 2015).

Pengertian keluarga berencana adalah suatu ikhtiar atau usaha manusia untuk mengatur kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum agama, undang-undang negara dan moral pancasila demi untuk mencapai kesejahteraan bangsa dan negara pada umumnya (BKKBN, 2015).

Menurut Sari (2010) program keluarga berencana (KB) yang diwujudkan pada penggunaan kontrasepsi juga memiliki manfaat yang bersifat langsung atau tidak langsung bagi kesehatan ibu, bayi dan anak, kesehatan dan kehidupan reproduksi dan seksual keluarga, dan kesejahteraan serta ketahanan keluarga.

Pengertian keluarga berencana menurut UU RI No 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas .

2.1.5.2 Tujuan Program Keluarga Berencana

Tujuan utama program Keluarga Berencana Nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat/angka kematian ibu bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas.

2.1.5.3 Manfaat Keluarga Berencana

World Health Organisation menyatakan bahwa Keluarga Berencana (Family Planning) memberikan banyak manfaat untuk mencegah kehamilan pada wanita yang berisiko, mencegah kematian bayi, membantu pencegahan terhadap infeksi HIV/AIDS, memberdayakan penduduk dan meningkatkan pendidikan, mengurangi kehamilan pada remaja, dan memperlambat laju pertumbuhan penduduk (WHO, 2013)

Adapun manfaat KB secara khusus untuk menurunkan angka kematian ibu dapat meningkatkan upaya kesehatan promotif dalam kesehatan maternal dan pengendalian fertilitas pada tingkat keluarga dan lingkungannya. Tujuan umum Keluarga Berencana 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 (BKKBN, 2015).

2.1.5.4 Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen. Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Wiknjosastro, 2007). Efektivitas (daya guna) kontrasepsi secara teoritis (*theoretical effectiveness*), yaitu kemampuan suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila kontrasepsi tersebut digunakan dengan mengikuti aturan yang benar sedangkan secara pemakaian (*use effectiveness*), yaitu kemampuan kontrasepsi dalam keadaan sehari-hari dimana pemakaiannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian dan sebagainya.

Adapun cara memilih metode kontrasepsi menurut Hartanto (2010) beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih kontrasepsi yang baik ialah kontrasepsi yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut : Aman atau tidak berbahaya, dapat diandalkan, sederhana, murah, dapat diterima oleh orang banyak, pemakaian jangka lama.

Menurut Hartanto (2010), faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi yaitu: 1). Faktor pasangan adalah umur, gaya hidup, frekuensi senggama, jumlah keluarga yang diinginkan, pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu, sikap kewanitaan, sikap kepriaan. 2). Faktor kesehatan yaitu dilihat dari status kesehatan, riwayat haid, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul.

2.1.5.4.1 Macam-Macam Alat Kontrasepsi

2.1.5.4.1.1 Metode kontrasepsi sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Couitus Interuptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010).

2.1.5.4.1.2 Metode kontrasepsi hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Handayani, 2010).

Beberapa macam kontrasepsi hormonal adalah Pil oral yang akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan

releasing factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi juga menimbulkan gejala-gejala *pseudo pregnancy* (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2002). Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5-99,9% dan 97% (Handayani, 2010). Cara kerja KB Pil menurut Saifuddin (2010) yaitu: menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

Kemudian menurut macamnya jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi. Kurang dari 1 per 100 wanita akan mengalami kehamilan dalam 1 tahun pemakaian DMPA dan 2 per 100 wanita per tahun pemakain NET EN (Sulistiyawati, 2013). Cara kerja kontrasepsi Suntik menurut yaitu mencegah ovulasi, Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopii.

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan

ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistiyawati, 2013).

Sedangkan Menurut Saefuddin (2006) macam dari kontrasepsi hormonal adalah implant yang efektif penggunaan kontrasepsinya selama 5 tahun untuk norplant, 3 tahun untuk *Jedena*, *Indoplant*, atau *Implanon*, nyaman digunakan, dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi, pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan, kesuburan segera kembali setelah implan dicabut, efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan *amenorea*, aman dipakai pada masa laktasi. Jenis kontrasepsi Implant menurut yaitu: 1). *Norplant* terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 3,6 mg *levonorgestrel* dan lama kerjanya 5 tahun. 2). *Implanon* terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3- Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun. 3). *Jadena* dan *indoplant* terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg. *Levonorgestrel* dengan lama kerja 3 tahun.

2.1.5.4.1.3 Metode kontrasepsi dengan alat kontrasepsi dalam rahim

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2010). AKDR yang mengandung hormon *Progesterone* atau *Levonorgestrel* yaitu *Progestasert* (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung *Levonorgestrel* (Hartanto, 2010).

2.1.5.4.1.4 Metode kontrasepsi mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* Selama siklus tanpa kehamilan, kadar estrogen dan *progesteron* bervariasi dari hari ke hari. Bila salah satu hormon mencapai puncaknya, suatu mekanisme umpan balik (*feedback*) menyebabkan mula-mula *hipotalamus* kemudian kelenjar *hypophyse* mengirimkan isyarat-isyarat kepada ovarium untuk mengurangi sekresi dari hormon tersebut dan menambah sekresi dari hormon lainnya. Bila terjadi kehamilan, maka estrogen dan progesteron akan tetap dibuat bahkan dalam jumlah lebih banyak tetapi tanpa adanya puncak-puncak siklus, sehingga akan mencegah ovulasi selanjutnya. *Estrogen* bekerja secara primer untuk membantu pengaturan hormon *realising factors of hipotalamus*, membantu pertumbuhan dan pematangan dari ovum di dalam ovarium dan merangsang perkembangan endometrium. Progesteron bekerja secara primer menekan atau depresi dan melawan isyarat-isyarat dari hipotalamus dan mencegah pelepasan ovum yang terlalu dini atau prematur dari ovarium, serta juga merangsang perkembangan dari endometrium (Hartanto, 2010).

Adapun efek samping akibat kelebihan hormon estrogen, efek samping yang sering terjadi yaitu rasa mual, retensi cairan, sakit kepala, nyeri pada payudara, dan *fluor albus* atau keputihan. Rasa mual kadang-kadang disertai muntah, diare, dan rasa

perut kembung. Retensi cairan disebabkan oleh kurangnya pengeluaran air dan natrium, dan dapat meningkatkan berat badan. Sakit kepala disebabkan oleh retensi cairan. Kepada penderita pemberian garam perlu dikurangi dan dapat diberikan diuretik. Kadang kadang efek samping demikian mengganggu akseptor, sehingga hendak menghentikan kontrasepsi hormonal tersebut. Dalam kondisi tersebut, akseptor dianjurkan untuk melanjutkan kontrasepsi hormonal dengan kandungan hormon estrogen yang lebih rendah. Selain efek samping kelebihan hormon estrogen, hormon progesteron juga memiliki efek samping jika dalam dosis yang berlebihan dapat menyebabkan perdarahan tidak teratur, bertambahnya nafsu makan disertai bertambahnya berat badan, acne (jerawat), alopsia, kadang-kadang payudara mengecil, *fluor albus* (keputihan), *hipomenorea*. *Fluor albus* yang kadang-kadang ditemukan pada kontrasepsi hormonal dengan progesteron dalam dosis tinggi, disebabkan oleh meningkatnya infeksi dengan *candida albicans* (Wiknjosastro, 2007).

2.1.6 Kampung Keluarga Berencana

2.1.6.1 Pengertian Kampung Keluarga Berencana

Kampung keluarga berencana adalah satuan wilayah setingkat RW, dusun atau setara, yang memiliki tertentu, dimana terdapat keterpaduan program kependudukan, keluarga berencana, pembangunan keluarga dan pembangunan sektor terkait yang dilaksanakan secara sistematis dan sistematis (BKKBN, 2015).

Kampung Keluarga Berencana direncanakan, dilaksanakan dan dievaluasi oleh dan untuk masyarakat, pemerintah, pemerintah daerah, lembaga non pemerintah dan swasta berperan dalam fasilitas, pendampingan dan pembinaan (BKKBN, 2015).

2.1.6.2 Tujuan Kampung Keluarga Berencana

2.1.6.2.1 *Tujuan Umum*

Meningkatkan kualitas hidup masyarakat di tingkat kampung atau yang setara melalui program kependudukan, keluarga berencana, dan pembangunan keluarga, sector terkit dalam rangka mewujudkan keluarga kecil berkualitas.

2.1.6.2.2 *Tujuan khusus*

1. Meningkatkan partisipasi masyarakat, pemerintah, lembaga, non pemerintah dan swasta dalam program KKBPK dan pembangunan sector terkait.
2. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pembangunan berwawasan kependudukan.
3. Meningkatkan kesertaan KB dan pembinaan kelangsungan ber-KB.
4. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi.
5. Meningkatkan ketahanan keluarga melalui program Bina Keluarga Balita (BKL), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL), dan PIK Remaja dan kelompok kegiatan sektor sejenis.
6. Meningkatkan Pemberdayaan Ekonomi Keluarga (PEK) melalui kelompok UPPKS dan kelompok sejenis.
7. Meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.
8. Meningkatkan tingkat pendidikan anak usia sekolah.
9. Meningkatkan dan prasarana pembangunan kampung (wilayah kampung keluarga berencana).

10. Meningkatkan taraf kehidupan dan kualitas masyarakat (pada wilayah keluarga berencana) melalui berbagai kegiatan lintas sector lain yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing wilayah (BKKBN, 2015).

2.1.6.3 Prasarat Wajib Pembentukan Kampung Keluarga Berencana

Dalam proses pembentukannya, suatu wilayah yang akan dijanjikan sebagai lokasi kampung keluarga berencana perlu memperhatikan persyaratan wajib yang harus dipenuhi, yaitu: Tersedianya Data Kependudukan yang Akurat, Dukungan dan Komitmen Pemerintah Daerah, Patisipasi Masyarakat yang Berpartisipasi Aktif, Partisipasi Aktif masyarakat dalam pengelolaan dan pelaksanaan seluruh kegiatan yang akan dilakukan di kampung keluarga berencana secara berkesinambungan guna meningkatkan taraf hidup seluruh masyarakat yang diwilayahnya (BKKBN, 2015).

2.1.6.4 Ruang Lingkup Kegiatan Kampung Keluarga Berencana

Ruang lingkup pelaksanaan kegiatan di Kampung KB meliputi;

1. Kependudukan
2. Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi
3. Ketahanan keluarga dan pemberdayaan keluarga (pembangunan keluarga)
4. Kegiatan Lintas Sektor (bidang pemukiman, sosia lekonomi, kesehatan, pendidikan, pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak, dan sebagainya disesuaikan dengan kedaan wilayah kampung KB).

2.1.6.5 Sasaran Penggarapan

2.1.6.5.1 Sasaran

Sasaran yang merupakan subjek dan objek dalam pelaksanaan program dan kegiatan di kampung keluarga berencana yaitu; keluarga, remaja, penduduk lanjut usia (Lansia), pasangan usia subur (PUS), keluarga dengan balita, keluarga dengan remaja, keluarga dengan lansia, sasaran sektor sesuai dengan bidang tugas masing-masing.

2.1.6.5.2 Pelaksana

Kampung keluarga berecana ini dilaksanakan oleh : Kepala Desa/ Lurah, Ketua RW, Ketua RT, PKB/PLKB/TPD, petugas lapangan sektor terkait, pembinaan kesejahteraan keluarga (PKK) tingkat desa/kelurahan, institusi masyarakat (tokoh adat/tokoh agama/tokoh masyarakat masyarakat di desa/ kelurahan, kader)

2.1.6.6 Kriteria Pemilihan Wilayah Kampung Keluarga Berencana

2.1.6.6.1 Kriteria Umum

Terdapat dua kriteria utama yang wajib dipenuhi dalam pemilihan dan penetapan pembentukan kampung keluarga berencana. Kedua kriteria tersebut adalah :

1. Jumlah Pra-KS dan KS-1 (miskin) diatas rata-rata Pra- KS dan KS-1 tingkat desa/kelurahan dimana kampung tersebut berada.
2. jumlah peserta KB di bawah rata-rata pencapaian peserta KB tingkat desa/kelurahan dimana kampung tersebut berlokasi.

Setelah terpenuhi dua kriteria diatas sebagai kriteria utama pemilihan dan pembentukan kampung keluarga berencana, maka selanjutnya dapat menilai salah satu atau lebih kriteria wilayah berikut: Kumuh, pesisir/nelayan, daerah aliran sungai (DAS), bantaran kereta api, kawasan miskin (miskin perkotaan), terpencil, perbatasan, kawasan industri, kawasan wisata.

2.1.6.6.2 *Kriteria Khusus*

Adapun beberapa kriteria khusus yaitu :

1. Setiap RT/RW memiliki data dan peta keluarga yang bersumber dari hasil keluarga, data kependudukan sipil yang akurat.
2. Kriteria Kependudukan yang digunakan untuk menjadi sasaran kampung keluarga berencana adalah daerah yang memiliki penduduk dengan angka partisipasi penduduk usia sekolah rendah.
3. Kriteria Program Keluarga Berencana: Peserta KB aktif lebih rendah dari capaian rata-rata tingkat desa/ kelurahan. Penggunaan Metode Kontrasepsi, Jangka Panjang (MKJP) lebih rendah dari capaian rata-rata tingkat desa/kelurahan, Tingkat *unmet need* lebih tinggi dari capaian rata-rata tingkat desa/kelurahan (BKKBN, 2015).

2.1.6.6.3 *Kriteria Program Pembangunan Keluarga*

1. Partisipasi keluarga dalam program pembinaan ketahanan keluarga
2. Partisipasi keluarga dalam program pemberdayaan peningkatan ekonomi keluarga
3. Partisipasi Remaja dalam kegiatan Generasi Berencana (GenRe) melalui pusat Informasi dan Konseling (PIK) (BKKBN, 2015).

2.1.6.6.4 *Kriteria Program Pembangunan Sektor Terkait*

Kegiatan kampung keluarga berencana yang akan berjalan di suatu daerah memiliki kriteria program pembangunan sektor terkait yaitu: kesehatan, sosial ekonomi, pendidikan, pemukiman dan lingkungan. Kriteria tersebut disesuaikan dengan tugas dan fungsi kementerian/lembaga, pemerintahan provinsi, pemerintah kabupaten dan kota (BKKBN, 2015).

2.1.6.6.5 *Kriteria Program Lainnya Sesuai dengan Perkembangan*

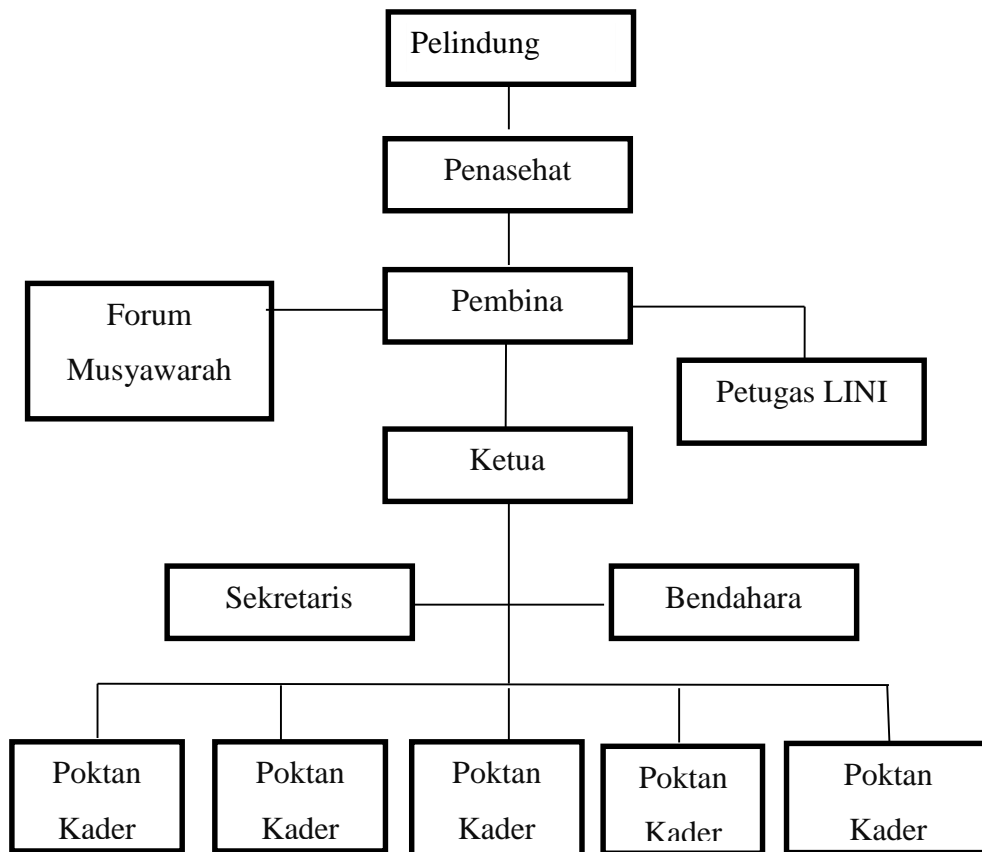
Kelompok Kerja (Pokja) Kampung Keluarga Berencana Kampung keluarga berencana dibentuk pada tingkatan wilayah desa/kelurahan atau dusun/rukun warga yang memenuhi kriteria-kriteria pemilihan wilayah (sesuai pada point A di atas) dan dalam pelaksanaan program dan kegiatannya dikelola oleh Kelompok Kerja (Pokja) kampung keluarga berencana yang terdiri atas :

Pelindung	: Bupati /Walikota
Penasihat	: Kepala SKPD-KB kabupaten / kota
Pembina	: Camat
Ketua	: Kepala Desa/Lurahan
Sekretaris	: PKB/PLKB
Bendahara	: Ketua PKK Tingkat Desa Kelurahan
Pelaksana Operasional	: PKB/PLKB, Kader, PPKBD/ Sub PPKBD, Pos KB

2.1.6.7 *Kelompok Kegiatan (Poktan) Dalam Kampung Keluarga Berencana*

Forum musyawarah terdiri dari BPD, LPMD, Toma, Toga, Todat, dll. Petugas lapangan terdiri dari PLKB, Bidan, TP PKK, PPL, dan petugas lapangan instansi terkait. Poktan kader-kader per bidang sesuai kebutuhan program dan

kegiatan pada wilayah kampung keluarga berencana (misal : Poktan Kader KKBPK, Poktan Kader Bidang Kesehatan, dst)



Gambar 2.3 Kelompok kerja kampung keluarga berencana

Sumber : BKKBN (2015)

2.1.6.8 Tahapan Pembentukan Kampung Keluarga Berencana

Pembentukan kampung keluarga berencana diawali dengan penyiapan beberapa hal dibawah ini sebagai kelengkapan awal perwakilan BKKBN Povinsi setelah suatu wilayah telah ditentukan sebagai lokasi kampn keluarga berencana sesuai kriteria pada point A di atas. Ha-hal yang perlu dipersiapkan adalah sebagai berikut :

2.1.6.8.1 *Membangun Komitmen*

Sebagai langkah awal, pembentukan kampung keluarga berencana perlu mendapatkan dukungan dari semua pihak, baik dukungan politis, dukungan teknis dan dukungan operasional. Pada dasarnya hakekat membangun komitmen adalah untuk menjadikan kampung keluarga berencana sebagai program/kegiatan yang menjadi urusan bersama, sehingga kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan di dalamnya dapat konsisten dan berkesinambungan (BKKBN, 2015).

2.1.6.8.2 *Penyusunan Profil Wilayah*

Sebagai langkah awal, SKPD-KB Kabupaten/Kota menyiapkan profil wilayah, yang akan ditetapkan sebagai kampung keluarga berencana di Kabupaten/Kota untuk dilaporkan kepada Bupati/Walikota dan perwakilan BKKBN Provinsi, yang terdiri dari :

1. Luas dan letak geografis wilayah kampung yang akan diusulkan menjadi kampung keluarga berencana
2. Kesesuaian dengan kriteria wilayah pembentukan keluarga berencana untuk memastikan wilayah yang dipilih sebagai kampung keluarga berencana memenuhi persyaratan 1 (satu) atau lebih kriteria wilayah kampung keluarga berencana
3. Data demografi wilayah keluarga berencana yang meliputi: jumlah penduduk (per-kelompok umur) jumlah KK, tingkat pendidikan, dll
4. Data keluarga berencana, antara lain: jumlah PUS, Jumlah PUS yang ber-BK, Jumlah PUS bukan peserta KB (hamil, ingin anak segera, ingin anak tunda dan tidak ingin anak lagi), dll.

5. Data sosial ekonomi wilayah kampung keluarga berencana, misal data tahapan keluarga sejahtera, jumlah keluarga yang mendapatkan kredit mikro/bantuan modal, dll (BKKBN, 2015).

2.1.6.9 Pembiayaan Program Kampung Keluarga Berencana

Prinsip kampung keluarga berencana adalah dari oleh dan oleh dan untuk masyarakat itu sendiri. Pembiayaan operasional dikampung keluarga berencana bersumber dari APBD dan potensi lokal yang ada (iuran masyarakat, CSR,dll). Tahun 2016 BKKBN menyediakan anggaran untuk proses pembentukan kampung KB sebesar Rp20.000.000,00 per kabupaten/kota. Anggaran tersebut bersifat stimulant dan dialokasikan pada DIPA perwakilan BKKBN Provinsi (BKKBN, 2015). Pembiayaan yang bersumber dari APBD perwakilan BKKBN Provinsi dilokasikan untuk memperkuat komponen-komponen kegiatan yang ada di kampung keluarga berencana sepanjang sesuai dengan ketentuan/aturan yang berlaku .

2.1.6.10 Standart Operasional Kampung Keluarga Berencana

1. Sosialisasi kampung keluarga berencana kepada pemangku kepentingan
2. KIE/Penyuluhan kepada masyarakat oleh Toma/Toga dan kader dengan memanfaatkan media dan saluran komunikasi yang ada dikampung keluarga berencana.
3. Pelayanan KB-KR memulai faskes, jejaring dan jaringan kesehatan. Pelayanan KB-KIA di Posyandu.
4. Penguatan 8 Fungsi Keluarga.

5. Mengembangkan kreatifitas kader dan tokoh-tokoh masyarakat sesuai dengan kearifan lokal (BKKBN, 2015).

2.1.6.11 Indikator Kampung Keluarga Berencana

2.1.6.11.1 *Indikator Input*

- 1 Jumlah tenaga (kader, tokoh-tokoh yang terlibat)
- 2 Ketersediaan anggaran pada APBD II (Operasional dan sasaran)
- 3 Ketersediaan anggaran dari sumber lainnya (CSR, sektor pembangunan lainnya).

2.1.6.11.2 *Indikator Proses*

1. Frekuensi KIE/ Penyuluhan
2. Pelayanan KB-KR
3. Frekuensi pertemuan berkala kelompok-keompok kegiatan (baik program KKBKK maupun kegiatan sektor terkait di kampung berencana)

2.1.6.11.3 *Indikator Output*

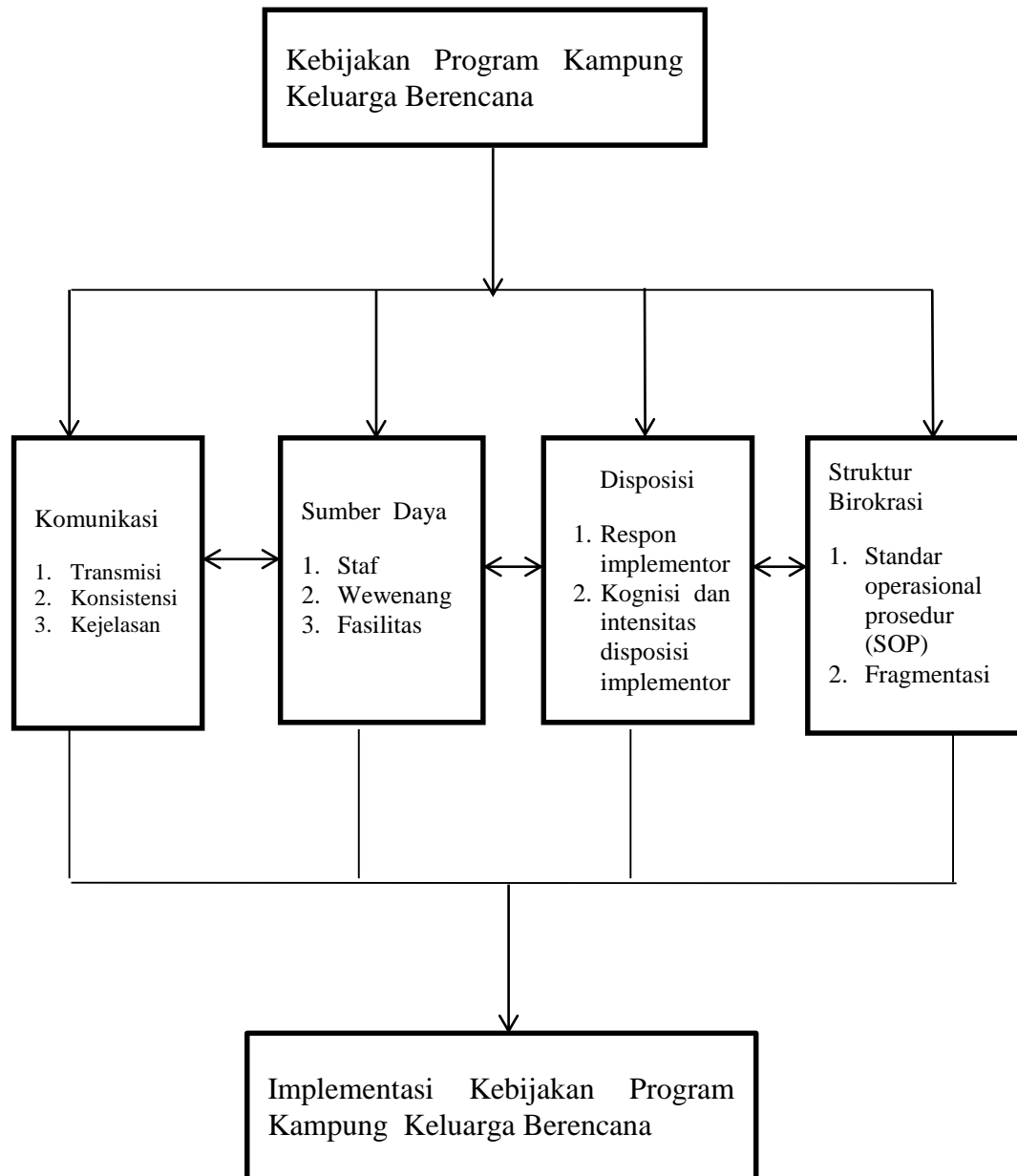
1. Terbinanya peserta KB aktif (PA), Meningkatkan peserta KB baru (PB),
2. Meningkatnya kualitas kesertaan ber KB (PA ganti cara ke MKJP)
3. Unmetneed <10 %
4. Terbinanya pumuper dan postpartu, Semua ibu hamil, ibu menyusui terlayani kesehatan dan KB
5. Semua anak usia 0-6 tahun terlayani program kesehatan dan pendidikan sejak dini (Posyandu dan PAUD)
6. Semua keluarga yang mempunyai anak 0-6 tahun terlayani BKB Holistik Integatif

7. Semua anak 0-18 tahun mendapatkan akta kelahiran
8. Semua remaja dapat aktif dalam BKR dan PIK-R
9. Meningkatkan partisipasi keluarga pra-s dan KS I dalam kelompok UPPKS
10. Kelompok usila/lansia terlayani dalam BKL/Posbindu
11. Terbinanya lingkungan/ kampung yang berPHBS melalui PKLK dan kesling
12. Mencegah terjadinya KDRT dan *trafficking*
13. Semua anak usia 7-12 tahun dan 13-15 tahun bersekolah
14. Tidak ada perempuan yang buta aksara, melalui berbagai kegiatan
15. Peningkatan kemampuan dan keterampilan kader
16. Komitmen lintas sektor, mitra kerja dan masyarakat
17. Data dan informasi keluarga akurat dan dinamis
18. Kepuasan keluarga dan anggota masyarakat terhadap dikembangkannya kampung KB (BKKBN, 2015).

2.1.6.12 Peran Provinsi dan Kabupaten Kota

1. Sosialisasi
2. Advokasi kepada Pemda
3. Fasilitas dukungan keuangan (APBD II)
4. Koordinator lintas sektor untuk memadukan kegiatan operasional dilapangan
5. *Capacity Building* bagi para pengelola kampung keluarga berencana
6. Bimbingan, monitoring dan evaluasi (BKKBN, 2015).

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.4 Kerangka Teori

Sumber: Edward III dalam Winarno (2008)

Model yang digunakan dalam penelitian ini adalah model implementasi dari George C. Edward III. Variabel-variabel yang berpengaruh dalam implementasi suatu kebijakan atau program yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Keempat variabel tersebut memiliki keterkaitan satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan dan sasaran program atau kebijakan. Semuanya saling bersinergi dalam mencapai tujuan dan satu variabel akan sangat mempengaruhi variabel yang lain. Misalnya saja, implementor yang tidak jujur akan mudah saling melakukan korupsi atas dana program atau kebijakan dan program tidak dapat optimal dalam mencapai tujuannya. Begitupun ketika watak dari implementor kurang demokratis akan sangat mempengaruhi proses komunikasi demokratis akan sangat mempengaruhi proses komunikasi dengan kelompok sasaran.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Pelaksanaan kebijakan tentang program Kampung Keluarga Berencana (Kampung KB) di Kabupaten Kendal dapat disimpulkan sebagai berikut;

1. Komunikasi

Program kampung keluarga berencana di desa Pojoksari masih belum berhasil dikomunikasikan secara konsisten dilihat dari Masih tinggi dan bervariasinya jumlah pasangan usia subur yang ingin menunda punya anak atau tidak menginginkan anak lagi tapi tidak ber-KB (unmetneed), belum optimalnya program Kampung KB dalam peningkatkan Ketahanan Keluarga melalui Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL), belum terbentuknya Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) dan belum terlaksananya program UPPKS.

2. Sumber Daya

Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) merupakan pelaksana dalam program kampung keluarga berencana yang memberikan informasi guna melaksanakan wewenang dan didukung fasilitas yang sudah cukup memadai. Sumber daya yang masih kurang dalam bentuk dana karena hanya menggunakan dana dari APBN.

3. Disposisi

Disposisi implementor terhadap pemahaman pelaksanaan kebijakan masih perlu ditingkatkan, ketaatan dan kepatuhan petugas lapangan dalam melaksanakan pekerjaannya sesuai tugas pokok dan fungsinya yang sangat bervariasi. Pelaksana tugas sudah baik dan tidak terpengaruh oleh insentif karena lebih mengutamakan tugas guna keberhasilan program kampung KB.

4. Struktur Birokrasi

Sudah memiliki struktur organisasi dan pembagian pekerjaan yang jelas namun standar operasional prosedur (SOP) yang belum diketahui dan belum dibukukan.

6.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka dapat diberikan saran, antara lain:

6.2.1 Bagi Pemerintah Kabupaten Kendal

1. Penganggaran dana untuk suatu program atau kebijakan sebaiknya disesuaikan dengan target, sasaran dan tujuan.
2. Meningkatkan kuantitas komunikasi seperti mengadakan pertemuan khusus bagi para kader sehingga pesan yang disampaikan kepada kader bisa maksimal dan tidak menimbulkan multitafsir.
3. Mengoptimalkan penyuluhan tentang program pembinaan yang belum
4. berjalan seperti BKR, PIK-R, UPPKS. Perlu adanya peran masing-masing pelaksana agar segera membentuk pembinaan remaja agar program kampung KB bisa berjalan menyeluruh.

5. Mengoptimalkan sosialisasi dalam pembinaan UPPKS agar bisa berjalan dan bisa bermanfaat bagi masyarakat.
6. Para pelaksana program Kampung Keluarga Berencana seharusnya lebih meningkatkan kegiatan sosialisasi, seperti kegiatan sosialisasi yang dilakukan terus-menerus dan berkelanjutan yang bertujuan untuk mengubah pola masyarakat tentang manfaat penggunaan MKJP.
7. Meningkatkan peran dalam struktur organisasi dan tetap melaksanakan pengawasan rutin disetiap kegiatan guna penerapan standart operasional prosedur (SOP) agar pelaksanaan tetap terarah dan sesuai dengan tujuan awal dibentuknya program kampung KB

6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini perlu dikembangkan oleh peneliti lainnya, yang tertarik pada obyek yang sama, dengan fokus kajian yang berbeda. Peneliti merekomendasikan untuk mengkaji dari sisi regulasi kebijakan yang digulirkan sampai pada teknis pelaksanaan di lapangan, koordinasi fungsional dan lintas institusional, selain menggunakan teori dan konsep yang ada dari teori Edward, juga perlu kiranya ditambahkan konsep motivasi dan kompetensi pegawai sehingga mendapatkan konsep, teori, dan pemahaman yang lebih komprehensif, sehingga diharapkan dapat meningkatkan kinerja pegawai dan penyelesaian permasalahan pelaksanaan program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga yang teritegrasi dalam Kampung KB guna mencapai tujuannya yaitu mewujudkan Keluarga Kecil Sejahtera dan Berkualitas

DAFTAR PUSTAKA

- Agarwal. (2011). Family Planning Why the United States Should Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health* , 788-795.
- Akib, H. (2010). Implementasi Kebijakan : Apa, Mengapa dan Bagaimana. *Administrasi Publik*.
- Akib, H. (2010). Implementasi Kebijakan : Apa, Mengapa,dan Bagaimana. *Jurnal Administrasi Publik*, 1-11.
- Arum, D. N. (2009). *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Azwar, S. (2016). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badan Pusat Statistik. (2015). *Sensus Penduduk indonesia Tahun 2010*. Dipetik Januari 6, 2019, dari <https://www.bps.go.id/>
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Kendal. (2016). *Statistik Sektoral Kependudukan 2016*. Dipetik Januari 7, 2019, dari <https://kendalkab.bps.go.id/>
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah. (2017). *Statistik Dasar Kependudukan 2017* . Dipetik Januari 7, 2019, dari <https://jateng.bps.go.id/>
- BKKBN. (2015). *Petunjuk Teknis Kampung KB*. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN. (2015). *Rencana Strategis Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2015-2019*. Jakarta: BKKBN.
- Chalidyanto, G. F. (2014). Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Pada Bidan Praktik Di Wilayah Puskesmas Bangkalan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*.

- Chodijah, S., Rosmini, & Halimuddin. (2015). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Partisipasi Pasangan Usia Subur dalam Pelaksanaan Program KB di Kecamatan Bergas Kabupaten Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Dachi, R. A. (2017). *Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (suatu pendekatan konseptual)*. Yogyakarta: Budi Utama.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan; Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: TIM.
- Djaenuri, A. (2015). *Kepemimpinan, Etika, dan Kebijakan Pemerintah*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Farmer DB, B. L. (2015). Motivation and Constraints to Family Planning . *Global Health*, 242-54.
- Grant Miller, K. S. (2014). Family Planning and Program Effects. *Journal of United States of America*, 314-323.
- Handayani, S. (2010). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hartanto, H. (2010). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Indiahono, D. (2009). *Perbandingan Administrasi Publik Model, Konsep dan Aplikasi*. Yogyakarta: Gaya Media.
- Istiadi, A. (2012). Implementasi Program Kampung Keluarga Berencana (Studi Pada Kelompok Sasaran Keluarga Dengan Remaja di Dusun Waung Desa Sonoagung Kecamatan Prambon Kabupaten Nganjuk). *Metafora Education, Social Scienses, and Humanities Journal*, 216.
- Istiadi, A. (2012). IMPLEMENTASI PROGRAM KAMPUNG KELUARGA BERENCANA (Studi Pada Kelompok Sasaran Keluarga Dengan Remaja di

- Dusun Waung Desa Sonoageng Kecamatan Prambon Kabupaten Nganjuk). *Metafora Education, Social Sciences, and Humanities Journal*, 216.
- Kementrian Kesehatan. (2009). *Undang Undang Republik Indonesia Nomor 39 tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Lahijani, P. F., Nojedehi, P., & Haghanipour, A. (2012). Human Resources Empowerment Strategies in Development Projects. *International Journal of Engineering Research and Applications (IJERA)*, 2760-2761.
- Lilik Sudarniasih. (t.thn.). Implementasi Program Keluarga Berencana (KB) di Puskesmas Rawat Jalan Wajok Hulu Kabupaten Mempawah.
- Majid Barsi, F. Z. (2013). Study Effective Factors on Employees' Empowerment by a Model Based on Conger & Kanungo Model; Case Study: Social Security Organization of Bandar Abbas (Iran). *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences*, 308-318.
- Merrynce, & Hidir, A. (2013). Efektivitas Pelaksanaan Program Keluarga Berencana. *Jurnal Kebijakan Publik*, 11-118.
- Moleong. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Naufal, A., & Kusumastuti, Y. I. (2010). EVALUASI PROGRAM POS PEMBERDAYAAN KELUARGA (POSDAYA) (Studi Kasus Posdaya Bina Sejahtera di Kelurahan Pasirmulya, Kecamatan Bogor Barat, Kota Bogor, Jawa Barat). *Jurnal penyuluhan*.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Asdi Mahasatya.
- Nugroho, R. (2006). *Kebijakan Publik untuk Negara-Negara Berkembang*. Jakarta: Elex Media Komputindo.

- Nurani, D. (2009). Analisis Implementasi Program Bantuan Operasional Sekolah Pada Sekolah Dasar Negeri di Kota Jakarta Selatan. *Tesis*.
- Patikasari, D. (2015). Analisis Program Kampung Keluarga Berencana di Desa Japoh Kecamatan Jenar dan Kelurahan Sragen Tengah Kecamatan Sragen. *Skripsi*.
- Pemerintah Indonesia . (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan*. Jakarta.
- Rahayu, W. (2018). Implementasi Kebijakan Tentang Program Kampung Keluarga Berencana oleh Bidang Keluarga Sejahtera dan Advokasi pada Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Sukabumi. *Skripsi*.
- Rahayu, W. (2018). Implementasi Kebijakan tentang Program Kampung Keluarga Berencana Oleh Bidang Keluarga Sejahtera dan Advokasi pada Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Sukabumi. *Pasundan University Journal*.
- Rahman HM, J. I. (2019). Implementasi Program Kampung KB dalam Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat di Kelurahan Gunung Pangilun. *Journal of Civic Education*, 295.
- Ramdhani, A. (2017). Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik. *Jurnal Publik*, 1-12.
- Ripley dan Franklin . (2008). Implementasi. Dalam B. W. Prof. Dr, *Kebijakan Publik : Teori dan Poses* . Jakarta: Media Pressindo.
- Rosdiana, A. I. (2017). Implemntasi Program Pengelolaan Penyakit kronis (PROLANIS). *HIGEIA Journal* .
- Rumangun, D., Nugraheni, S. A., & Kartasurya, M. I. (2013). Analisis Implementasi Program Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja

- Puskesmas Remu Kota Sorong. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 168-177.
- Saefuddin, A. B. (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Pawiroharjo.
- Sari, S. K. (2010). Hubungan Konseling Keluarga Berencana dengan Pengambilan Keputusan Pasangan Usia Subur dalam Penggunaan Alat Kontrasepsi . *Jurnal Publikasi Kebidanan Akbid YLPP*.
- Shah, I. H. (2010). Family Planning and Reproductive Health. *Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization*.
- Sitohang, R. S., & Kariono. (2015). Implementasi Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2010 Tentang Sistem Informasi Keuangan Daerah pada Pemerintah Kabupaten Dairi. *Jurnal Administrasi Publik USU*, 132-153.
- Sobirin, U. B. (2017). *Kebijakan Publik*. Makassar: CV Sah Media.
- Subarsono. (2011). *Analisis Kebijakan Publik (Konsep,Teori,dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulila, I. (2015). *Implementasi Dimensi Layanan Publik dalam Konteks Otonomi Daerah*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Sulistiyawati, A. (2013). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Merdeka.
- Wahab, S. A. (2016). *Analisis Kebijakan Dari Formulasi ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.
- WHO. (2013). *Family Planning*. Dipetik Januari 3, 2019, dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

- Wiknjosastro. (2007). *Ilmu Kebidanan Edisi 3*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Winarno, B. (2008). *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Jakarta: Buku Kita.
- Wulndari, N. (2018). Evaluasi Implementasi Kampung Keluarga Berencana di Kelurahan Kota Karang Raya Kecamatan Teluk Betung Timur Kota Bandar Lampung. *Skripsi*.
- Zaeni, A. (2015). Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana di Kabupaten Batang Studi Kasus Peningkatan Kesehatan KB Pria di Kecamatan Gringsing. *Skripsi*.
- Zulfian. (2014). Implementasi Kebijakan Program Pendataan Keluarga Sejahtera dalam Pendistribusian Alat Kontrasepsi di Kabupaten Sintang. *Jurnal Administrasi Publik dan Birokrasi*, 3-38.