

# ARAH DAN IMPLEMENTASI KEBIJAKSANAAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA DI INDONESIA\*

Siswanto Agus Wilopo\*\*

## Abstract

*There are some interesting differences between the Family Planning Program in Indonesia and the family planning in Cairo Action Program. The FP Program has larger actions, such as the society's attention to the increasing age limit of marriage, family resistance building, increasing the family welfare, and birth control. While, the family planning in Cairo Action Program is only limited to the birth control. This writing tries to describe those differences as well as to clarify the direction and the implementation of the FP Program which increasingly become an FP movement.*

## Pengantar

Hasil Konferensi Kependudukan Sedunia di Kairo menghasilkan *Program of Action* untuk kurun waktu tahun 1995 sampai dengan tahun 2015. Tujuan kuantitatif yang penting antara lain ialah tercapainya akses pelayanan kesehatan reproduksi yang universal, termasuk di dalamnya adalah pelayanan keluarga berencana (KB) dan kesehatan seksual. Kesepakatan untuk melaksanakan *Program of Action* tersebut secara garis besar tidak bertentangan dengan kebijaksanaan dan program nasional, khususnya dalam bidang KB.

Untuk melaksanakan ajakan dalam *Program of Action* tersebut perlu dilakukan pemahaman, identifikasi pada hal-hal yang sudah dan belum dilaksanakan, dijabarkan dan dikaitkan

pada kebijaksanaan dan program KB yang sedang dan akan dilaksanakan, serta dilakukan pemantauan dan evaluasi implementasinya di Indonesia. Dalam melaksanakan langkah-langkah tersebut, masalahnya ialah diperlukan penjabaran dalam kebijaksanaan, program dan kegiatan KB yang sesuai dengan prinsip-prinsip *Program of Action*, yang antara lain memerlukan pertimbangan kedaulatan bangsa, konsisten dengan peraturan perundang-undangan yang ada dan prioritas pembangunan bangsa, serta menghargai sepenuhnya pertimbangan religius, nilai etis, dan latar belakang budaya bangsa, dengan tetap menjunjung tinggi hak-hak asasi manusia yang telah diterima pada masyarakat internasional. Masalah

---

\* Pokok-pokok pikiran ini adalah pemikiran penulis dan belum menjadi kebijaksanaan resmi Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN.

\*\* Dr. Siswanto Agus Wilopo, S.U., M.Sc., Sc.D: Banas II Asmen II Kantor Menteri Kependudukan Bidang Pengendalian Kuantitas Penduduk, Jakarta.

lainnya ialah pengertian KB dalam *Program of Action* mempunyai lingkup yang lebih sempit dibandingkan dengan KB yang berada di Indonesia. Maka dari itu, perlu dipahami perbedaan dan persamaan tersebut.

Tulisan ini mengkaji perbedaan konsep, kebijaksanaan, program, dan pelaksanaan kegiatan program KB di Indonesia, apakah sudah sesuai dengan garis-garis besar kebijaksanaan yang dituangkan dalam *Program of Action* hasil Konferensi Kependudukan Sedunia di Kairo. Karena luasnya permasalahan KB di Indonesia dan pembahasan ini berkaitan dengan hasil Konferensi Kairo, topik uraian difokuskan pada pengertian KB dalam *Program of Action*.

#### Perbedaan Konsep Kebijaksanaan *Family Planning* dan KB di Indonesia

Kata *family planning* dalam *Program of Action* tidak dapat diterjemahkan langsung secara sama dengan kata keluarga berencana yang ada di Indonesia. Sesuai dengan pengertian yang dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992, yaitu tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, yang dimaksud dengan keluarga berencana adalah upaya kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia kawin, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera. Kata *family planning* dalam *Program of Action* adalah upaya pengaturan kelahiran. Jadi, pengertian keluarga berencana yang ada di Indonesia lebih luas daripada kata *family planning*. Istilah teknis yang lebih

sesuai untuk KB di Indonesia adalah *beyond family planning*.

Dalam perumusan Kairo, *family planning* mempunyai tujuan yang menyangkut empat hal berikut. Pertama, agar pasangan atau individu dapat menentukan secara bebas dan bertanggung jawab dalam menentukan jumlah dan jarak anak yang akan dimiliki. Kedua, mereka memperoleh informasi dan jaminan untuk mewujudkan keinginannya. Ketiga, menjamin untuk memperoleh informasi pilihan-pilihan metode KB yang ada. Keempat, menyediakan secara lengkap metode yang efektif dan aman untuk pasangan atau individu yang menginginkan KB. Di samping itu, ditekankan pula pentingnya pendidikan kependudukan dan keluarga berencana yang memadai karena dengan pengetahuan KB yang cukup, mereka akan dapat berbuat secara bertanggung jawab terhadap apa yang diinginkannya serta keinginan keluarga dan masyarakatnya. Dikatakan bahwa pemilihan secara bebas terhadap metode yang diinginkan oleh peserta KB (di Indonesia dijamin dengan sistem *cafeteria*) adalah menjadi kunci pokok keberlangsungan program KB untuk jangka panjang. Segala upaya paksaan (*coercion*) dalam ber-KB tidak boleh terjadi dalam program KB di mana pun.

Rumusan tersebut jelas lebih tepat berkaitan dengan pengertian pengaturan kelahiran di Indonesia. Pengaturan kelahiran sesuai dengan rumusan baru dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1994 adalah suatu kegiatan dalam merencanakan kehamilan atau kelahiran yang ditujukan kepada pasangan suami istri dalam merencanakan dan mengatur jumlah dan jarak

kelahiran anak. Pengaturan kelahiran yang diatur dalam peraturan pemerintah tersebut (pasal 12) diselenggarakan dalam rangka meningkatkan kesadaran dalam menunda kehamilan pertama sampai pada usia ideal melahirkan dan mengatur jarak kehamilan. Selanjutnya, diatur (pasal 16) bahwa pelaksanaan penundaan kehamilan, perencanaan jumlah dan jarak antara kelahiran anak dilakukan sendiri oleh pasangan suami istri atas dasar kesadaran dan kesukarelaan. Dari pengertian ini dipahami bahwa pengaturan kelahiran tidak tepat apabila tidak ditentukan oleh pasangan suami istri.

Perlu dicatat bahwa peraturan pemerintah tersebut secara jelas tidak memasukkan kata individu setelah pasangan suami istri karena pengaturan kelahiran hanya diatur untuk mereka yang telah berstatus suami istri. Ini salah satu perbedaan pokok antara pengertian pengaturan kelahiran dengan definisi *family planning*. Perbedaan konsep untuk mengeluarkan atau memasukkan kata individu ini sempat diperdebatkan secara seru dalam sidang ICPD di Kairo antara negara-negara yang menganut paham keagamaan kuat dengan negara-negara lainnya, seperti persatuan Uni Eropa dan Amerika.

Pelaksanaan penundaan kehamilan dalam pengaturan kelahiran dilakukan dengan alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan yang dapat diterima oleh pasangan suami istri. Di samping itu, pelaksanaan ini harus mempertimbangkan aspek:

- a. daya guna dan hasil guna,
- b. risiko terhadap kesehatan, dan

- c. nilai agama dan nilai yang hidup dalam masyarakat.

Demikian pula bahwa alat, obat, dan cara pengaturan kelahiran lainnya harus dapat dipertanggungjawabkan dari segi kesehatan, serta mempertimbangkan nilai-nilai etik dan agama. Apabila obat atau alat tersebut mempunyai risiko terhadap pemakai, penggunaannya ditetapkan (pasal 17 ayat 2) dan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang berdasarkan standar profesi. Melalui kebijakan ini diharapkan kualitas pelayanan kontrasepsi yang dilakukan oleh pemerintah dan swasta dapat dijamin kualitasnya secara profesionalisme.

Pengertian *fertility regulation* sempat mencuat dalam sidang Kairo dan hampir saja menjadi penghalang terjadinya kesepakatan dalam rekomendasi konferensi. Hal ini terjadi karena *fertility regulation* dalam definisi teknis WHO termasuk abortus di dalamnya. Karena setiap negara diimbau untuk melakukan pelayanan *fertility regulation*, termasuk *donor agency*, negara-negara yang tidak mengizinkan dilakukannya abortus keberatan terhadap pemakaian kata *fertility regulation*. Akan tetapi, dengan mengganti kata *fertility regulation* dengan *the regulation of fertility which are not against the law*, maka kesepakatan dapat terwujud. Dalam paragraf 8.25 telah disebut bahwa aborsi tidak boleh dipromosikan sebagai salah satu upaya *family planning*. Akan tetapi, dengan mengubah pengertian teknis yang dapat diinterpretasikan keliru tersebut, pengertian dasar dalam bab KB tidak ada permasalahan secara konseptual yang penting.

Dengan membandingkan pengertian *family planning* dan KB tersebut dapat disimpulkan bahwa KB di Indonesia telah mencakup aspek-aspek *beyond family planning*. Secara spesifik, masuknya pengertian untuk meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan keluarga sebagai bagian lain di luar aspek pengaturan kelahiran, KB di Indonesia lebih luas dan tidak terbatas pada pelayanan alat kontrasepsi seperti halnya program KB di beberapa negara yang telah maju.

### Latar Belakang Kebijakan dan Tujuan KB

Dalam merumuskan beberapa tujuan *family planning* program pada *Program of Action* yang disepakati diutarakan beberapa latar belakang kondisi yang terjadi pada beberapa belahan dunia. Pertama, praktik pelayanan kontrasepsi yang dilaksanakan pada beberapa negara berkembang dengan memberikan insentif pada petugas program tidak boleh dikaitkan dengan target atau jumlah kuota yang harus dilayaninya. Hal ini ditakutkan menimbulkan dampak sampingan berupa upaya-upaya paksaan dalam memakai alat kontrasepsi. Kedua, indikator untuk memantau pencapaian tujuan kuantitatif yang mengarah pada penduduk tanpa pertumbuhan di bumi tidak disebut-sebut kapan dan berapa targetnya. Jadi, penurunan fertilitas yang hendak dicapai pada periode mendatang tidak disepakati suatu sasaran kuantitatif tertentu. Ketiga, tujuan kuantitatif yang ingin dicapai sampai akhir tahun 2015 ialah menyediakan akses pelayanan kesehatan reproduksi yang universal, termasuk pelayanan *family planning* dan kesehatan seksual. Dari ketiga latar

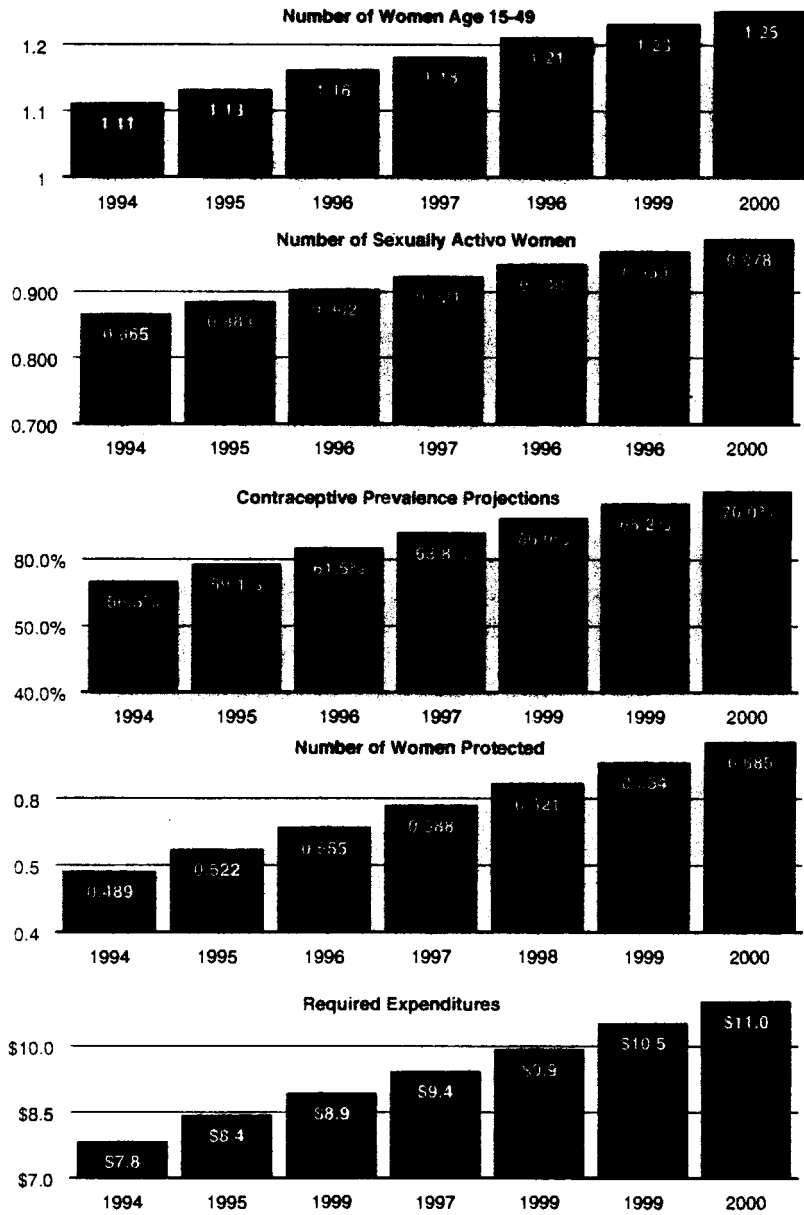
belakang tersebut, digariskan beberapa tujuan yang perlu dilaksanakan pada setiap negara.

Permasalahan yang selalu menjadi isu pelik ialah ketidakmampuan setiap negara untuk memikul beban pembiayaan pelayanan kontrasepsi sehingga diperlukan penyatuan sumber dana yang sifatnya internasional. Hal ini semakin disadari bahwa masalah kependudukan bukanlah menjadi masalah yang sifatnya regional, melainkan suatu masalah yang sifatnya global. Data menunjukkan bahwa diperkirakan 350 juta penduduk dunia yang menginginkan kontrasepsi terpaksa tidak dapat dilayani karena kurangnya pendanaan yang ada. Bahkan, dari berbagai survei diperkirakan jikalau informasi dan pelayanan kontrasepsi itu sangat baik, sekitar 120 juta per tahun lagi tambahan diperlukan untuk akseptor kontrasepsi yang baru dari jumlah yang dilayani setiap tahunnya.

Studi yang dipublikasi oleh *Population Action International* menunjukkan bahwa konsekuensi pendanaan jangka menengah sampai tahun 2000 terjadi peningkatan yang cukup drastis (Grafik 1). Jikalau penduduk usia subur 1995 adalah 1,13 miliar, dan 0,883 miliar secara seksual sudah aktif, serta estimasi prevalensi pemakai kontrasepsi adalah 59,1 persen dari jumlah pasangan usia subur, untuk melindungi 0,522 miliar wanita dengan kontrasepsi dibutuhkan pendanaan 8,4 miliar US dollar. Pendanaan tersebut akan meningkat pada tahun 2000 menjadi 11 miliar US dolar apabila estimasi prevalensi pemakai kontrasepsi meningkat menjadi 70 persen dari jumlah pasangan usia subur. Oleh sebab itu,

Grafik 1

**Cost Implications for Achieving Universal Access to Family Planning by the Year 2000**  
 Goals for the 1994 International Conference on Population and Development



The Number of Sexually Active Women (based on data provided by the U.N. Population Division) is used instead of couples in union.  
 Contraceptive Prevalence Projections assume gradual increases in contraceptive use to 70 per cent by the year 2000 - a level of contraceptive use consonant with an average family size of just over two children, key to stabilizing world population by undercentury.  
 The Number of Women Protected refers to women protected from unintended pregnancy.  
 Required Expenditures are based on an average per person cost of \$16.00 per year for family planning services, in constant 1990 dollars.  
 Actual cost vary widely the \$16.00 average takes into account costs for multi-year methods, such as male or female sterilization, and the need to improve the quality of services, including the provision of safe abortion services.

untuk mencapai pendanaan tersebut perlu ada komitmen antarnegara donor yang dapat membantu kebutuhan dari negara-negara berkembang yang membutuhkan pelayanan kontrasepsi.

Grafik 2 merupakan estimasi beban tanggungan setiap negara donor yang diminta membiayai *family planning* program di dunia pada tahun 200, atas dasar nilai dolar yang dikeluarkan pada tahun 1990. Dari 11 miliar US dolar tersebut, separonya perlu ditanggung pemerintah dan konsumen di negara berkembang, sedang sisanya dibagi oleh negara-negara donor, misalnya USA, Jepang, Jerman, Perancis, Inggris, IDB, dan donor lainnya. Dari perkiraan tersebut, kenyataannya adalah jauh dari apa yang diperlukan. Grafik 3 adalah rincian negara-negara mana saja yang telah sepakat dan negara mana yang masih jauh dari kebutuhan yang diperlukan mereka.

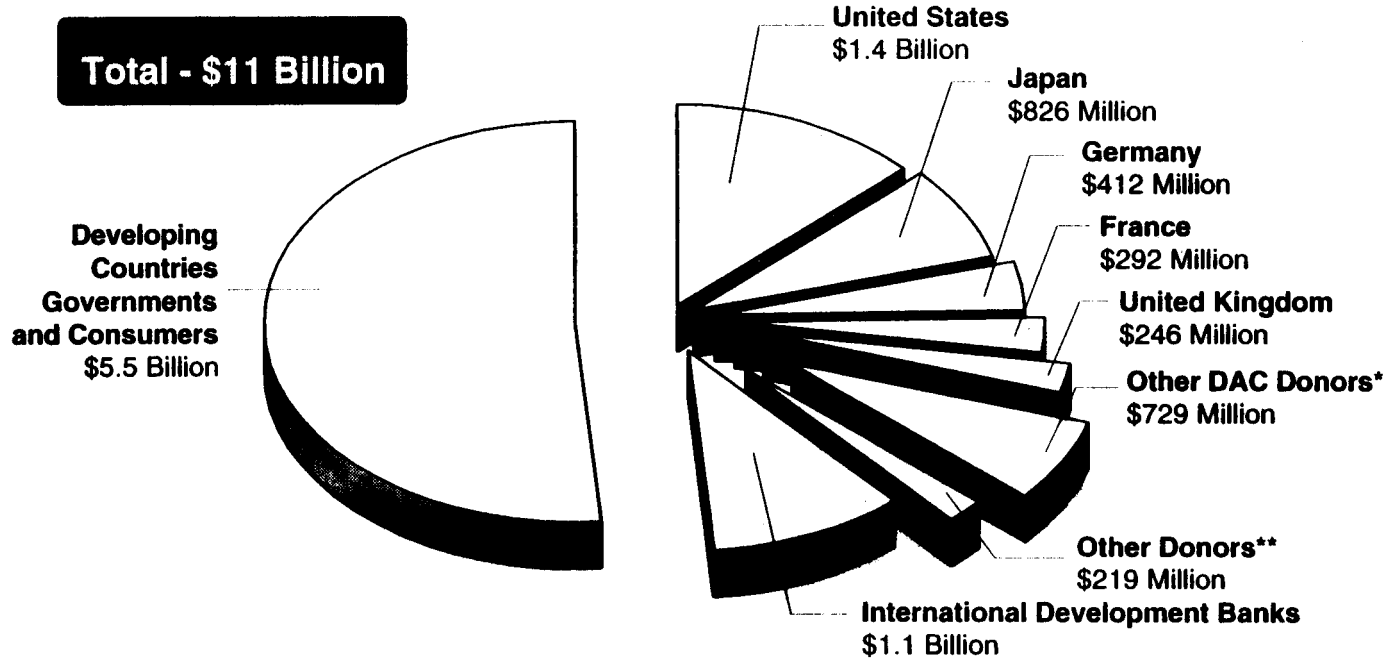
Seperti halnya keadaan secara global, kebutuhan pelayanan kontrasepsi di Indonesia akan meningkat dengan drastis. Hal ini terjadi karena jumlah yang menjadi sasaran alat kontrasepsi di Indonesia diperkirakan akan naik terus sesuai dengan data permintaan masyarakat. Hal ini didapatkan pada hasil-hasil studi yang dilakukan. Angka-angka nasional dari Repelita VI ke Repelita X disajikan pada Tabel 1. Jikalau pada akhir Repelita VI jumlah peserta KB baru sekitar 23 juta, pada akhir Repelita X diperkirakan telah menjadi 28 juta. Tanpa memperhatikan kenaikan harga pelayanan KB yang ada, jumlah yang dilayani akan memberikan gambaran betapa beratnya pendanaan KB di Indonesia apabila semuanya arus ditanggung oleh pemerintah. Belum

lagi apabila diperhitungkan bahwa kebijaksanaan yang sudah dianut sekarang adalah meningkatkan mutu pelayanan tanpa harus mengorbankan jumlah yang harus dilayani agar akses universal terhadap KB di Indonesia bisa tercapai.

Dengan latar belakang permasalahan tersebut, Program of Action dalam *family planning* mempunyai enam tujuan pokok. Pertama, membantu suami-istri dan individu untuk mewujudkan keinginan reproduksinya dalam kaitannya dengan kesehatan yang optimal, tanggung jawab dan kesejahteraan keluarga, dan menghormati keinginan luhur setiap manusia dan hak-haknya untuk menentukan jumlah, jarak, dan waktu kelahiran anaknya. Kedua, mencegah terjadinya kehamilan yang disengaja dan menurunkan risiko kehamilan, kesakitan, dan kematian. Ketiga, menjadikan pelayanan *family planning* yang terjangkau biayanya, diterima, dan terjangkau cakupannya kepada siapa pun yang memerlukannya, tetapi tetap menjaga aspek konfidensialitasnya. Keempat, meingkatkan kualitas penyuluhan/*advis*, informasi, edukasi, komunikasi, konsultasi, dan pelayannya. Kelima, meningkatkan partisipasi pria dan saling memikul tanggung jawab bersama dengan pasangannya dalam melaksanakan *family planning*. Keenam, mempromosikan kebiasaan menyusui bayi sebagai upaya untuk menjarangkan kelahiran.

Tujuan tersebut bukanlah menjadi hal yang baru di Indonesia. Misalnya, kebijaksanaan tujuan keenam tentang promosi ASI adalah salah satu kebijaksanaan yang sudah dituangkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 27, tentang Pengelolaan Perkembangan

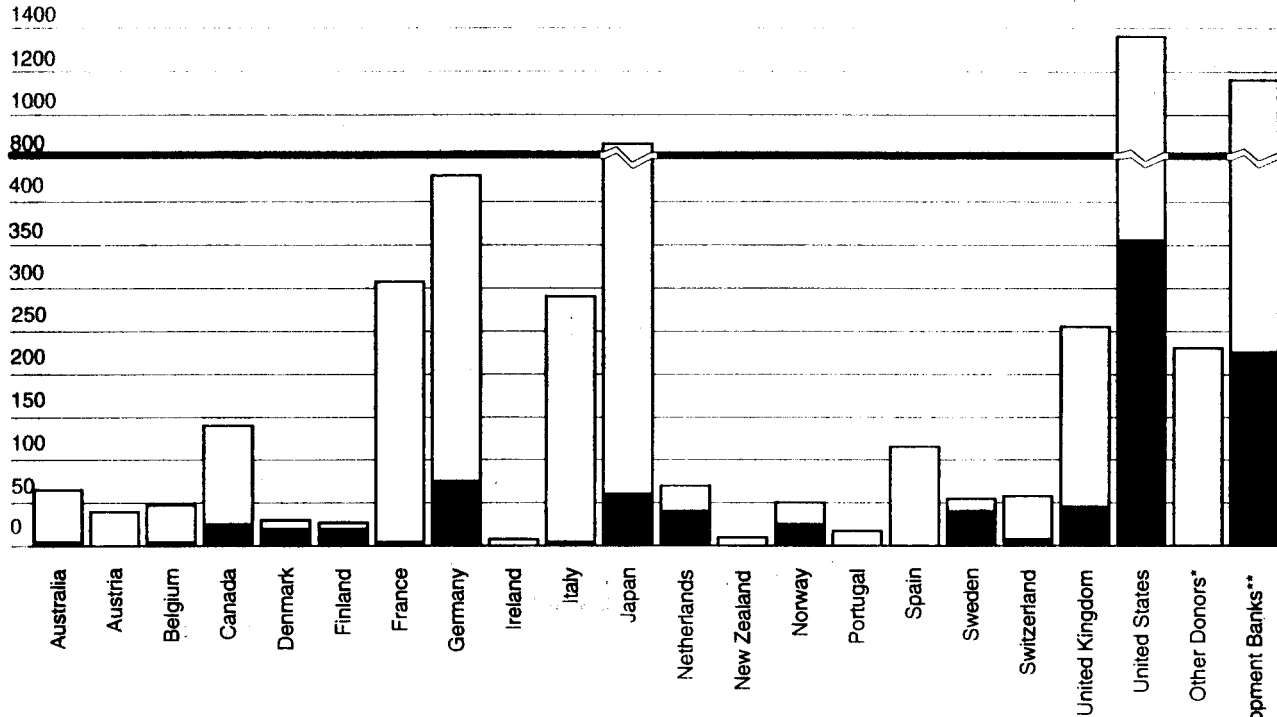
**Grafik 2**  
**Year 2000 Model Family Planning Budget, by Source**  
**Constant 1990 \$US**



\* Other DAC Donors: Australia, Austria, Belgium, Canada, Denmark, Finland, Ireland, Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland

\*\* Other Donors include non-DAC donor countries and philanthropic organizations.

**Grafik 3**  
**Donor Commitments for Family**  
**Planning in Developing Countries, by Source**  
**Constant 1990 \$US**



\* Other Donors include non-DAC donor countries and philanthropic organizations-no 1991 data available.

\*\* 1991 figure reflects three-year average (1989-1991) of World Bank commitments only.

Norway is the only donor whose 1991 commitment exceeded the recommended amount for the year 2000.



Tabel 1  
 Sasaran Peserta KB Baru dan Peserta KB Aktif  
 menurut Metode Kontrasepsi dalam PJP II (Ribu Orang)

Jenis Sasaran	Akhir Repelita V*)	PJP II				
		Akhir Repelita VI	Akhir Repelita VII	Akhir Repelita VIII	Akhir Repelita IX	Akhir Repelita X
1. Peserta KB Baru	22.137,0	22.989,0	24.305,8	25.899,4	27.070,8	28.008,1
a. Pil	7.345,8	7.468,0	8.428,0	8.875,0	9.104,8	9.377,5
b. Suntikan	7.708,9	8.882,	9.510,9	10.321,9	10.958,3	11.589,9
c. IUD	4.284,0	4.073,0	4.345,9	4.345,9	4.440,2	4.517,6
d. Kondom	858,9	817,0	717,6	792,1	858,9	916,0
e. Lain-lain	763,7	542,0	482,2	509,8	526,5	547,6
f. Implant	1.484,9	1.403,0	996,5	1.054,7	1.094,1	1.136,5
2. Peserta KB Aktif	21.430,9	25.160,0	27.723,0	30.008,1	31.049,8	53.415,1
a. Pil	7.677,3	7.196,6	7.777,5	8.272,8	8.625,8	8.879,5
b. Suntikan	4.875,0	7.670,8	8.539,7	9.355,8	10.049,1	10.658,5
c. IUD	5.722,5	6.252,7	6.825,4	7.283,0	7.818,5	7.898,8
d. Kondom	482,7	344,7	388,4	429,7	465,9	408,7
e. Lain-lain	1.325,5	1.478,8	1.708,2	1.928,1	2.128,5	2.319,3
f. Implant	1.377,0	2.215,4	2.485,7	2.740,7	2.962,0	3.160,5

Catatan: \*) Angka perkiraan (kumulatif selama Repelita V)

Kependudukan sebagai penjabaran dari UU No. 10 Tahun 1992. Dari sudut pandang kondisi pembangunan di Indonesia yang masih perlu dipikirkan adalah prioritas setiap tujuan tersebut. Menyusun prioritas ini bukanlah barang yang mudah karena keterkaitan upaya dengan berbagai sektor, di samping sampai saat ini pendanaan *family planning* juga memperoleh bantuan beberapa negara donor.

#### Pokok-Pokok Program Aksi Kependudukan di Bidang KB

Untuk mencapai tujuan yang digariskan, disusun beberapa upaya yang sekiranya cukup efektif dan efisien untuk mencapai sasaran pembangunan tersebut. Berapa program yang perlu dilaksanakan antara lain sebagai berikut. Pertama,

negara dengan bantuan masyarakat internasional perlu mempromosikan prinsip *voluntary choice of family planning*. Indonesia dapat dianggap pelopor dalam menyusun kebijaksanaan ini karena hal tersebut sudah termaktub dalam Undang-Undang Nomor 10 dan Peraturan Pemerintah Nomor 21 dan 27. Apabila pada masa lalu dilontarkan masalah ini, dengan adanya perangkat undang-undang tersebut diharapkan praktik yang akan dilaksanakan tidak sama dengan yang telah berlalu.

Kedua, pelayanan KB yang sebaik-baiknya harus merata dan mencapai segenap lapisan masyarakat, terutama yang miskin, serta dimintegrasikan dengan pelayanan kesehatan reproduksi. Paling lambat tahun 2015 diharapkan semua orang yang

membutuhkan pelayanan kontrasepsi harus sudah dapat terpenuhi.

Ketiga, dalam kaitan pemantauan dan evaluasi program KB, pemerintah perlu mengawasi dengan ketat tindakan menyimpang dari petugas pelayanan KB di pusat-pusat pelayanan untuk menjamin terlaksananya pelayanan yang berkualitas.

Keempat, peran lembaga swadaya dan organisasi masyarakat atau sektor swasta dalam mencapai tujuan KB perlu digalakkan. Hal itu dilakukan melalui pengerahan dukungan kekuatan masyarakat dan keluarga sehingga meningkatkan pula jangkauan dan penerimaan pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk KB dan kesehatan seksual.

Kelima, peningkatan peran LSOM dalam membantu pemantauan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi pada umumnya.

Keenam, hambatan yang tidak semestinya, baik secara hukum, medis, klinis, dan peraturan yang menghambat akseptor untuk memperoleh informasi, akses untuk memperoleh pelayanan dan memakai alat kontrasepsi perlu segera diidentifikasi sehingga pemerintah dapat segera menghapus hambatan-hambatan tersebut.

Ketujuh, tokoh masyarakat dan politisi dianjurkan ikut mempromosikan dan mengesahkan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi pada umumnya karena di beberapa negara, KB tidak diizinkan oleh pimpinan politik dan masyarakatnya.

Kedelapan, pemerintah sedapat mungkin menghindari sistem insentif dan disinsentif dalam KB, dan diminta lebih memperhatikan melalui

pendidikan dan keinginan sukarela dalam mengikuti KB.

Bagian lain yang sudah saatnya memperoleh perhatian serius di Indonesia dan beberapa negara sedang berkembang lainnya yang sudah lama dalam melaksanakan KB ialah upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan KB. Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan ini maka perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut.

1. Mengakui fakta bahwa metode KB yang cocok untuk setiap suami istri dan individu sangat bervariasi menurut umur, paritas, besarnya keluarga, dan faktor lainnya.
2. Menjamin bahwa pria dan wanita dapat memperoleh informasi dan pelayanan KB yang seluas-luasnya (sistem kafeteria) sehingga haknya untuk memilih metode yang paling efektif dan aman untuk mereka dapat dijamin.
3. Menjadikan informasi tentang KB, termasuk kerugian dan keuntungannya dari aspek kesehatan, tersebar seluas-luasnya sehingga mudah dijangkau, tetapi lengkap dan akurat. Demikian juga, informasi tentang efek samping dan kemampuan salah satu metode yang dipilihnya, informasi pencegahan HIV - AIDS dan penyakit seksual menular (PSM) harus dijamin tersebar seluas-luasnya sesuai dengan peraturan dan norma yang ada.
4. Menjadikan pelayanan KB lebih aman, murah, lebih praktis, dan terjangkau oleh semua yang membutuhkan; dan menjamin kecukupan dan kontinuitas pelayanan kontrasepsi yang ber-

kualitas dengan jalan memperkuat sistem logistik pelayanan. Konfidensialitas dan privasi dari peserta KB perlu dijamin dalam sistem pelayanan yang berkualitas ini.

5. Perlu dilakukan pelatihan secara formal dan informal dari petugas KB, penyuluh kesehatan, pengelola program kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuannya di bidang kesehatan reproduksi, khususnya masalah KB dan kesehatan seksual serta kemampuannya untuk komunikasi interpersonal dan konsultasi.
6. Melakukan perawatan *follow-up* yang memadai, termasuk mengobati efek samping yang timbul akibat kontrasepsi dan menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkaitan atau melalui sistem rujukan yang bagus.
7. Pengukuran kinerja pelayanan KB hendaknya tidak terpaku pada aspek-aspek kuantitatif dari kinerja, tetapi memperhatikan pula aspek kualitatif pelayanan, termasuk melalui sistem informasi manajemen yang baik, teknik survai, dan evaluasi secara rutin.
8. Kualitas pelayanan KB akan menjadi semakin sempurna apabila dilakukan pula promosi penggunaan ASI karena menyusui tidak hanya berkaitan dengan masalah jarak antarkelahiran, tetapi juga kondisi kesehatan maternal dan kelangsungan anak yang lebih baik.

Di samping seruan di atas, organisasi internasional juga diimbau agar melakukan koordinasi pendanaan dan aktivitas untuk penyediaan alat kontrasepsi pada tingkat global,

regional dan kelompok khusus secara lebih efektif. Pada tingkat dalam negeri, maka pelayanan kesehatan reproduksi, khususnya KB, jangan terpaku pada pelayanan pemerintah, tetapi harus pula menggalakkan peran sektor swasta. Akhirnya, pemerintah harus mengambil langkah-langkah yang sangat serius untuk mencegah terjadinya aborsi, dan jangan sekali-kali mempromosikan aborsi sebagai salah satu alat KB. Untuk mereka yang mengalami aborsi, terutama yang mengalami berulang-ulang, harus diberikan pengobatan dan konsultasi yang manusiawi.

#### **Implikasi Pelaksanaannya pada Gerakan KB di Indonesia**

Dari berbagai hasil rekomendasi Kairo tersebut, Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN dan sektor-sektor yang terkait perlu mengangkat beberapa kebijaksanaan yang memperoleh prioritas, khususnya selama Repelita VI ini. Berikut adalah berbagai contoh prioritas kebijaksanaan, program, dan kegiatan yang berkaitan dengan peningkatan pelayanan kontrasepsi yang dilaksanakan oleh berbagai sektor, baik pemerintah maupun LSOM.

1. **Peningkatan Efektivitas Pelayanan Kontrasepsi**
  - a. Peningkatan penyediaan alat/obat kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan masyarakat, baik jumlah, jenis, maupun mutunya. Kegiatan/upaya yang dilakukan meliputi tiga upaya pokok. Pertama, pemantapan penyediaan alat/obat kontrasepsi sesuai dengan sistem kafeteria dengan memperhatikan kebutuhan

masyarakat. Kedua, pemantapan penyediaan sistem dan mekanisme distribusi alat/obat kontrasepsi secara berjenjang dan berkesinambungan. Ketiga, pemantauan kontrol kualitas (pengendalian mutu) alat/obat kontrasepsi secara berjenjang dan berkesinambungan.

- b. Peningkatan pendayagunaan sarana, prasarana, dan tenaga penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi. Kegiatan/upaya yang dilakukan meliputi peningkatan pendayagunaan prasarana, sarana, dan tenaga pelayanan kontrasepsi. Peningkatan ini sebagian besar perlu dilakukan pada klinik-klinik di desa, yang masih memiliki prasarana, sarana, dan tenaga yang sangat terbatas.

## 2. Peningkatan Kemandirian Pelayanan Kontrasepsi

Mengingat semakin beratnya pendanaan dalam pelayanan KB, baik karena semakin luasnya sasaran program maupun semakin banyaknya wanita dan pria yang dilayani, Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN bekerja sama dengan Departemen Kesehatan, Organisasi Profesi (POGI, IDI, ISFI, Depdagri Pusat/Lembaga Penelitian, dan Organisasi Sosial/LSOM) meningkatkan kemandirian dalam ber-KB. Berikut dua contoh kebijaksanaan dan kegiatan pokok untuk meningkatkan kemandirian KB.

- a. Peningkatan kemandirian dalam penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dan kesertaan ber-KB dalam pengaturan kelahiran. Upaya-upaya yang dilakukan antara lain ialah melalui peningkatan peran serta unit pelaksana swasta,

organisasi profesi dan masyarakat dalam kegiatan pelayanan kontrasepsi secara mandiri. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut. Pertama, meningkatkan pertemuan koordinasi dengan jajaran unit pelaksana dan organisasi profesi. Kedua, temu ilmiah organisasi profesi dalam pengembangan strategi pelayanan kontrasepsi dan teknologi kontrasepsi. Ketiga, pembinaan dan bimbingan terpadu dengan unit pelaksana dan organisasi profesi. Keempat, peningkatan pelayanan KB mandiri melalui dokter/bidan swasta, apotik dan pelayanan swasta lainnya, dan peningkatan pelayanan KB mandiri oleh masyarakat secara kelompok, maupun melalui LSOM. Peningkatan penyediaan dan distribusi alat/obat kontrasepsi mandiri melalui jalur swasta melalui kebijaksanaan sebagai berikut. Pertama, mendorong tersedianya alat kontrasepsi mandiri (LIBI, LIMAS, dan sebagainya) oleh usaha swasta. Kedua mendorong kelancaran, cakupan, dan meratanya distribusi alat-alat kontrasepsi mandiri oleh usaha swasta. Ketiga, peningkatan gerakan KB mandiri di berbagai tingkat wilayah. Kebijaksanaan tersebut dilakukan dalam bentuk kegiatan yang meliputi gerakan KB mandiri perkotaan dengan lebih memantapkan peran dokter dan bidan praktik swasta; gerakan KB mandiri pedesaan dengan pendayagunaan bidan di desa; Gerakan KB mandiri perusahaan seperti pemantapan pelaksanaan program IPKTK; pemasaran kemandirian, termasuk

- pemasaran tempat pelayanan; dan peningkatan pemasaran kemandirian dengan memperluas isi. Peningkatan peran serta masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kontrasepsi melalui pendanaan individu, pendanaan kelompok, dan pendanaan asuransi juga merupakan upaya yang penting untuk membantu terciptanya kemandirian dalam Repelita VI ini.
- b. Peningkatan pelayanan program peserta KB mandiri akibat pemakaian alat/obat kontrasepsi dan pelayanan infertilitas. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan meliputi peningkatan penanggulangan efek samping, komplikasi dan kegagalan secara dini, tepat, cepat dan akurat; peningkatan penyediaan obat efek samping dengan jumlah jenis dan mutu memadai; peningkatan dan pemantapan sistem dan mekanisme rujukan; dan pengembangan pelayanan asuransi bagi peserta KB; pengembangan pelayanan infertilitas bagi pasangan usia subur yang memerlukan dan pelayanan pemulihan kesuburan; dan pengembangan sistem ayoman KB. Hal yang terakhir ini sangat diperhatikan karena dengan sistem asuransi ini, banyak hak mereka dapat terwujud dengan baik karena tidak terhambat dengan masalah pembiayaan. Perlu pula dicatat bahwa sistem pengayoman KB juga mengakomodasikan bagi yang kecukupan dan miskin, yaitu dengan memberikan bantuan pemerintah bagi yang miskin untuk ikut dalam asuransi pada tahun pertama, untuk kemudian dievaluasi hasilnya pada tahun kedua.

### 3. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Ada empat aspek pokok yang ditujukan secara langsung untuk meningkatkan kualitas pelayanan kontrasepsi.

- a. Peningkatan kualitas pelayanan kontrasepsi yang ditinjau dari pemberi maupun penerima pelayanan. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut. Pertama, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pelayanan medis dan konsultasi. Kedua, peningkatan penyediaan peralatan yang memadai. Ketiga, peningkatan dan pemantapan standar prosedur pelayanan kontrasepsi, termasuk pelayanan *inform consent*. Keempat, peningkatan dan pemantapan program menjaga mutu. Kelima, peningkatan pembinaan teknis medis secara berjenjang antara lain *visiting* spesialis. Keenam, peningkatan penelitian dan pengembangan medis/alat kontrasepsi. Ketujuh, peningkatan pengamatan efek samping alat/obat kontrasepsi jangka panjang. Kedelapan, peningkatan penajaman sasaran pelayanan kontrasepsi berdasarkan umur, paritas, status kesehatan sesuai dengan pola kontrasepsi rasional.
- b. Peningkatan dan pemantapan pengetahuan dan keterampilan petugas pelayanan kontrasepsi dalam pengaturan kelahiran. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut. Pertama, memantapkan pendidikan keluarga berencana dalam kurikulum pendidikan ilmu kedokteran bagi para mahasiswa kedokteran. Kedua, memantapkan pendidikan

KB bagi tenaga perawatan dan bidan. Ketiga, mengadakan pelatihan dan penyegaran bagi tenaga medis, perawat, dan bidan.

- c. Peningkatan penyediaan sarana dan prasarana pelayanan kontrasepsi berkualitas yang diperlukan dalam pengaturan kelahiran. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut. Pertama, peningkatan penyediaan sarana dan prasarana pelayanan kontrasepsi melalui rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dan klinik KB. Kedua, peningkatan penyediaan sarana dan prasarana pelayanan melalui bidan di desa. Ketiga, peningkatan sarana dan prasarana pelayanan melalui institusi masyarakat di tingkat desa. Keempat, peningkatan jaringan sarana dan prasarana pelayanan yang mandiri. Kelima, peningkatan penyediaan peralatan medis dan nonmedis untuk pelayanan kontrasepsi setiap sarana pelayanan. Keenam, peningkatan penyediaan alat/obat kontrasepsi yang berkualitas. Ketujuh, peningkatan penyediaan sarana dan prasarana pelayanan kontrasepsi di daerah rentan. Kedelapan, penyediaan formulir *inform consent*.
- d. Pengembangan mekanisme operasional pelayanan kontrasepsi. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan sebagai berikut. Pertama, pertemuan mekanisme operasional pengelola pelayanan kontrasepsi. Kedua, pertemuan regional pengembangan pelayanan kontrasepsi. Ketiga, penyusunan perangkat organisasi dan tatalaksana pelayanan kontrasepsi. Keempat, bimbingan, pembinaan penantau-

an, dan evaluasi kegiatan pelayanan kontrasepsi.

#### 4. Integrasinya dengan Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Dalam aspek kesehatan reproduksi yang lebih luas dan integrasinya dengan pelayanan kontrasepsi, maka dilakukan pengembangan kebijaksanaan melalui kegiatan yang biasa dikenal dengan kegiatan keluarga sejahtera (KS) dan kegiatan yang sifatnya kerja sama dengan dunia luar (internasional). Pengembangan keluarga sejahtera dengan kegiatan/upaya yang meliputi penajaman segmentasi sasaran bagi ibu hamil, pustupati, pusempati, dan PUS sangat muda (pusamu) di dalam rangka penurunan MMR dan IMR. Pemantapan sistem rujukan pelayanan kontrasepsi (sarana dan tenaga) baik untuk penundaan maupun mengakhiri kehamilan menjadi prioritas yang dilaksanakan secara integral dengan sektor lain, terutama sektor kesehatan. Peningkatan pendayagunaan bidan di desa dan dukun terlatih dalam penyuluhan, pelayanan maupun pembinaan, serta intensifikasi kegiatan pokjanel dan posyandu juga diberikan prioritas tinggi. Di samping itu, dalam pengembangan kerja sama internasional dilakukan pelatihan, konsultasi jangka pendek, studi banding dan sebagainya, yang dapat membantu dalam menyusun perencanaan program inovatif.

#### Kesimpulan

Kesepakatan untuk melaksanakan *Program of Action* tersebut secara garis besar tidak bertentangan dengan kebijaksanaan dan program nasional, khususnya dalam bidang KB. Dengan

mempbandingkan pengertian *family planning* dan KB dapat disimpulkan bahwa KB di Indonesia telah mencakup aspek-aspek *beyond family planning*. Secara spesifik masuknya pengertian untuk meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan keluarga sebagai bagian lain di luar aspek pengaturan kelahiran, KB di Indonesia lebih luas; tidak terbatas pada pelayanan alat kontrasepsi seperti halnya program KB di beberapa negara yang telah maju.

Dalam merumuskan beberapa tujuan *family planning* pada *Program of Action* yang disepakati adalah sebagai berikut. Pertama, praktik pelayanan kontrasepsi yang dilaksanakan pada beberapa negara berkembang dengan memberikan insentif pada petugas program tidak boleh dikaitkan dengan target atau jumlah yang harus dilayani (kuota) oleh petugas tersebut. Kedua, indikator untuk memantau pencapaian tujuan kuantitatif yang mengarah pada penduduk tanpa pertumbuhan di bumi tidak disebut-sebut kapan dan berapa targetnya. Ketiga, tujuan kuantitatif yang ingin dicapai sampai akhir tahun 2015 adalah menyediakan akses pelayanan kesehatan reproduksi yang universal, termasuk pelayanan *family planning* dan kesehatan seksual. Permasalahan yang selalu menjadi isu

pelik adalah ketidakmampuan setiap negara untuk memikul beban pembiayaan pelayanan kontrasepsi sehingga diperlukan penyatuan sumber dana yang sifatnya internasional.

Dari sudut pandang kondisi pembangunan di Indonesia, yang masih perlu dipikirkan adalah prioritas masing-masing. Menyusun prioritas ini bukanlah sesuatu yang mudah karena keterkaitan upaya dengan berbagai sektor, di samping sampai saat ini pendanaan *family planning* juga memperoleh bantuan beberapa negara donor. Dari berbagai hasil rekomendasi Kairo tersebut, Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN dan sektor-sektor yang terkait perlu mengangkat beberapa kebijakan yang memperoleh prioritas, khususnya selama Repelita VI ini. Prioritas kebijakan, program, dan kegiatan ialah peningkatan efektivitas pelayanan kontrasepsi, peningkatan kemandirian pelayanan kontrasepsi, peningkatan kualitas pelayanan, dan dukungan kegiatan yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan reproduksi. Untuk itu, pemantauan dan evaluasi pasca-Kairo perlu dilakukan secara berkala dan terfokus pada beberapa prioritas baru tersebut.