

Mengapa KB Penting dalam Implementasi Jampersal

Setiap orang mempunyai cara pandang masing-masing dalam menyikapi persoalan atau dalam mengimplementasikan sebuah kebijakan. Tentunya tergantung pada sudut pandang mana yang mendasari alam pikirannya terhadap pengkajian atau penelitian factor-faktor yang paling menentukan. Misalnya para petani akan mencari factor penyebab padi yang hampa atau gagal panen dan factor penyebab padi itu baik. Begitu pula dalam persoalan MDGs.

Ada yang bergerak dihilir, ada yang bergerak di hilir, ada yang komprehensif. Ada yang asal melaksanakan program. Dan mungkin ada yang membandingkan, ada yang membuat modul baru dan mungkin saja ada yang *tryal and error*. Bahkan mungkin juga ada yang cuek-cuek tanpa ada rasa sensitifisme terhadap fenomena yang terjadi. Nah para pembaca ada di posisi mana? Silahkan di kaji masing-masing.

Kali ini mari cermati masalah kesetaraan gender dengan menurunkan angka kematian bayi dan angka kesehatan ibu, atau angka kematian ibu melahirkan atau ibu nifas. Tentunya ada yang berfikir bagaimana supaya mengatur kelahiran, dan ada pula yang berfikir bagaimana memberikan pelayanan melahirkan dengan pertolongan tenaga kesehatan. Kemudian proforsinya seperti apa dituangkan dalam pola manajemen dan unsur manajemen. Apakah lebih mengutamakan pensuksesan pengaturan kelahiran, atau lebih mengutamakan pelayanan neonatal.

Begitu pula masalah jumlah penduduk ada yang memandang sebagai potensi, ada pula yang memandang sebuah bencana. Namun semua akan bersepakat bahwa penduduk besar dan berkualitas akan menjadi modal pembangunan. Namun penduduk besar dan tidak berkualitas akan menjadi beban pembangunan. Lantas Indonesia berada dimana? Tentunya berada pada ranking ke 4 dalam masalah jumlah penduduk. Namun dalam hal IPM berada pada ranking 111 dari 182 negara.

Jadi proporsi anggaran untuk menangani penurunan AKI dan AKB serta Pengarus Utamaan Gender apakah pada program KB atau pada program penanganan Neonatal. Yang kini dikenal dengan istilah "JAMPERSAL". Tentunya cara pandangnya bisa dari metode *komparatif*, *kompetitif*, *eksperimen*. Dengan teknik *sampel populasi*, dengan *sampling*. Dengan datanya berdasarkan angket atau berdasarkan *interview*.

Tentunya tergantung pada aspek apa yang ingin diperoleh, apakah dari bidang keilmuannya, dari aspek tujuan, dari aspek pendekatan, dari aspek tempat, dari aspek variable yang dipakai dari kualitatif atau dari kuantitatif. Atau dari aspek kemampuan tersedianya anggaran dan target waktu yang tersedia. Jangan-jangan digulirkannya suatu program itu tidak

didukung oleh teori, tidak menggunakan metodologi, karena ada unsur pemaksaan kehendak dari pihak pembimbing/sponsor.

Tentunya persoalan melahirkan bisa dipandang dari aspek seks. Karena merupakan kondrat yang membedakan biologis hormonal serta anatomi laki-laki dengan perempuan. Jadi persoalan KB tidak selamanya dipandang sebagai gender yang membedakan peran, fungsi dan tanggung jawab perempuan dan laki-laki. Dari hasil konstruksi sosial budaya yang sewaktu-waktu dapat berubah sesuai dengan perkembangan jaman. Kendatipun ada metode untuk menjadi akseptor KB melalui alat kontrasepsi kondom dan MOP. Tentunya hasil kesertaan KB pria tidak akan sebanding dengan kesertaan KB Wanita. Walaupun ada tuntutan dari para wanita untuk kesetaraan gender dalam ber KB namun hasilnya tidak akan sesuai dengan yang diharapkan.

Coba baca surat Annisa (4:32) ***Wala tatamannau ma fadholallohu bihi ba'dhokum 'ala ba'dhin lillrijali nasibum mimmaktasabu walinnisai nashibum mimmaktasabna was alulloha min fadh lihi innalloha kana bikullisyai in 'aliman*** “ Dan janganlah kamu iri hati terhadap apa yang dikaruniakan Allah kepada sebahagian yang lain. (karena) bagi orang laki-laki ada bahagian daripada apa yang mereka usahakan, dan bagi para wanita (pun) ada bahagian dari apa yang mereka usahakan. Dan mohonlah kepada Allah sebagian dari karunia-Nya. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui segala sesuatu”. Dalam ayat 124 dikatakan ***Wamayya' mal minasholihati min zdakari au untsa wahuwa muhsinuw wattama'a millata ibrohima hanifaw wat takhozdal lohu ibrohima kholilan***“ Barang siapa yang mengerjakan amal-amal saleh, baik laki-laki maupun wanita sedang ia orang yang beriman, maka mereka itu masuk ke dalam surga dan mereka tidak dianiaya walaupun sedikit pun”. Makanya KB dan Jampersal perlu disikapi secara proporsional. Jangan sampai ada bias. Misalnya dikarenakan ada program JAMPERSAL dengan konsekwensi biaya persalinan ditanggung Negara. Lantas program KB ditinggalkan.

Mengapa demikian sebab indicator demografi adalah laju pertumbuhan penduduk, total fertility rate, angka kematian bayi. Tentunya pertumbuhan penduduk dipengaruhi oleh fertilitas, mortalitas dan migrasi. Apabila melihat data secara nasional bisa dibandingkan tahun 2005-2009 (lpp 1,26%, tfr 2,3 , akb, 41,6 dan kelahiran 4,5 juta) 2010 hasil sensus penduduk lpp 1,49%. Proyeksi tahun 2015-2020 (lpp masih tanda Tanya, tfr 2,1 akb 29,2 kelahiran 4,3 juta. Sedangkan proyeksi 2020-2025 (lpp 0,66%, tfr 1,9 akb 21,9 dengan kelahiran 3,9 juta).

Dari hasil sensus penduduk tahun 2010 ternyata dengan tidak memprioritaskan program KB terjadi ledakan penduduk secara nasional mencapai 237,56 juta berarti kelebihan 5,5 juta dari prediksi 232 juta. Jadi RPJM tahun 2015 secara nasional khusus masalah jumlah penduduk sudah tercapai pada tahun 2010. Makanya anak Indonesia yang diproyeksikan 83.588.800 populasinya lebih besar.

Pada saat BPMPKB dibentuk berdasarkan perda nomor 6 tahun 2008 membuat renstra untuk menjabarkan RPJMD yang ditetapkan dalam perda nomor 8 tahun 2008. Dengan metoda membandingkan LPP dari tahun 2003 s.d tahun 2008 rata-rata 2,57%. Yaitu tahun 2003 jumlah penduduk 249.162 jiwa tahun 2004 penduduk 259.219 jiwa tahun 2005 penduduk 263.454 jiwa, tahun 2007 penduduk 280.164 dan pada tahun 2008 penduduk 281.148 jiwa. Atas dasar itu maka proyeksi penduduk Kota Sukabumi diperkirakan tahun 2009 penduduk 288.374 jiwa, tahun 2010 penduduk 295.785 jiwa tahun 2011 penduduk 303.387 jiwa tahun 2012 penduduk 311.184 jiwa tahun 2013 penduduk 319.181. Membandingkan LPP tahun 2003-2008 dengan proyeksi tahun 2008-2013. Dibuatlh rensta LPP tahun 2008 penduduk 281.148 jiwa tahun 2009 penduduk 284.297 jiwa. Tahun 2010 penduduk 287.396 jiwa . tahun 2011 penduduk 290.414 jiwa. Tahun 2012 penduduk 293.405 jiwa sedangkan tahun 2013 penduduk 296.398 jiwa. Tentunya dengan asumsi anggran untuk program KB meningkat setiap tahun 15,13 % dan tidak ada penambahan perumahan baru.

Tetapi asumsi penyediaan anggaran untuk program di BPMPKB bukan menaik malah setiap tahun terus menurun. Sedangkan pertambahan pembangunan perumahan baru terus meningkat sapai tahun 2010 mencapai 32 lokasi dan mulai dihuni migrasi dari luar kota. Sehingga berdasarkan hasil pendataan keluarga dan hasil sensus penduduk tahun 2010. Jumlah penduduk kota sukabumi tahun 2008 penduduk 281.148 jiwa. Pada tahun 2009 penduduk 283.990 jiwa dengan anggaran BPMPKB meningkat. Pada tahun 2010 anggran MPMPKB menurun signifikan sehingga hasil pendataan penduduk awal tahun 2010 penduduk 288.224 pada sensus penduduk penduduk akhir tahun 2010 penduduk 299.247 dan berdasarkan hasil ekpose kepala BPS jabar tanggal 7 Maret 2011 di Bandung berjumlah 298.681 jiwa.

Dikarenakan data mikro dari BPS masih belum diterima sampai dengan tanggal 28 Maret 2011, maka untuk menyikapi persiapan program JAMPERSAL dipergunakan data penduduk wanita dari pendataan Keluarga awal tahun 2010 yaitu 143.552 jiwa dengan jumlah Wanita usia subur 78.885 jiwa. Sedangkan yang termasuk Pasangan usia subur ada 51.345 jiwa. Sedangkan remaja berjumlah 31.156. Kondisi anak usia 0-1 tahun 5.520 aktif ke posyandu. Yang tidak aktif ke posyandu 301 orang. Sedangkan pasangan usia subur yang sedang hamil 2. 371 orang. Kemudian perlu dipikirkan apakah program Jampersal itu berdasarkan alokasi kemampuan dari pusat atau berdasarkan jumlah perkiraan dari jumlah anak yang dilahirkan tahun lalu? Hal ini perlu dipikirkan bersama karena seperi program BLT dan program Raskin sering ada perdebatan antara alokasi yang tersedia dengan data yang ada. Seperti halnya untuk raksin dari jumlah orang miskin 14.703 KK yang mendapatkan jatah raskin 11.820 RTS. Begitu pula untuk Jamkesmas tidak sesuai dengan kondisi dilapangan. Sehingga setelah ditambah Jamkesda Propinsi dan Jamkesda Kota. Tetap saja ada masyarakat yang meminta SKTM.

Dari kondisi tersebut siapa sebenarnya yang akan dialokasikan mendapatkan Jampersal. Apakah seluruh yang mendapat pelayanan persalinan tenaga medis. Apakah hanya orang miskin. Apakah hanya akseptor KB? Kemudian setelah mendapatkan pelayanan Jampersal apakah diwajibkan menjadi akseptor KB IUD atau MOW. Sebagai bahan renungan bisa diperhatikan bagaimana terjadinya masalah neonatal itu sangat panjang. Dari mulai pernikahan, masuk pada akseptor KB untuk mengikuti program PAP (penundaan anak pertama). Bila tidak berhasil maka berhadapan dengan masa kehamilan. Di saat Ibu hamil secara fungsional tugas siapa untuk membinanya? Siapa yang melayani imunisasi bumil dan pemberian fe ataupun gizi supaya tidak terjadi BBLR. Ketika masuk pada bayi menyusui siapa yang mempunyai tanggung jawab fungsional. Apakah mulus pelayanan yang diberikan. Ketika masuk usia balita siapa yang mempunyai fungsi membina tumbuh kembang anak sejak usia dini. Ketika masuk ke TK siapa yang bertanggung jawab membina dan memberikan penyuluhan.

Diusia sekolah apa sudah masuk semuanya ke sekolah. Ketika masuk usia remaja apa mulus tidak terganggu oleh kenakalan anak remaja atau penyimpangan perilaku. Dusia remaja mulai muncul kewajiban BPMPKB untuk melakukan PIK remaja supaya memahami tentang PUP pendewasaan usia perkawinan. Baik dari segi produktifitas, biologis, sosiologis. Ataupun dari segi ekonomis. Untuk pembinaan segi ekonomis dan masuk menjadi tenaga kerja siapa yang bertanggungjawab mengayomi jadi manusia profuktif. Setelah matang menjadi wanita usia subur siapa yang berkewajiban memberikan pembinaan seperti pra era reformasi ada BP4 (bagian Penyuluh Penasihat Perkawinan dan Penceraian).

Yang menjadi PR besar adalah ketika usia remaja terjadi jalan pintas menjadi pasangan usia subur dengan kawin muda. Tentunya akan memasuki risti. Lantas berfikir bagaimana sebenarnya proporsi pengaturan anggaran antara mengatasi 3 tertlambat dengan 4 terlalu. Apakah sudah seimbang secara proporsional. Atau cenderung lebih besar pada masalah 3 terlambat. Seperti program jampersal hakikatnya untuk mengatasi 3 terlambat.

Ketika program KB di abaikan maka akibatnya berantai. Apalagi bila kawin muda, akibatnya bisa kompleks dari mulai persalianan, bblr,imunisasi, anemia. Hal itu kurang disadari sepenuhnya sehingga saat lahirnya UU nomor 22 tahun 1999 urusan KB bukan menjadi institusi yang wajib dibentuk. Baru setelah lahir UU nomor 32 tahun 2004 KB kembali menjadi urusan wajib dan institusinya digabung jadi Badan. Bahkan sejak keluarnya UU nomor 39 tahun 2008 tentang kementerian Negara bahwa wajib adanya kelembagaan yang menangani masalah kependudukan.

Fenomena yang terjadi di Kota Sukabumi tenaga PLKB jumlahnya menurun dari 33 orang menjadi 9. Kemudia ada yang masuk dari OPD lain sebanyak 10 orang. Selanjutnya dari Dinas Kesehatan ada 9 orang serta dari tenaga penggerak desa dari pemerintah provinsi 14 orang. Belum selesai masalah itu muncul UU nomor 52 tahun 2009 untuk dibentuk BKKBD. Ternyata

akar persoalan melemahnya program KB adalah (1) kurangnya aksesibilitas (2) lemahnya fungsi kelembagaan dan sumberdaya (3) rendahnya pemahaman public.

Strategi pembangunan KB berkelanjutan melalui peningkatan upaya pembangunan KB di daerah perumahan dan pemukiman padat penduduk. Melalui aksesibilitas layanan terutama untuk menggarap *unmet need* dan daerah legokan serta pemukiman baru. Penguatan kewenangan dan peningkatan peran strategis BPMPKB dan institusi KB dalam kebijakan daerah termasuk JAMPERSAL.

Pemampuan jejaring kemitraan strategis kelembagaan KB melalui pemantapan komitmen dan kemitraan strategis jejaring gerakan KB melibatkan seluruh komponen masyarakat. Pemetaan kapasitas dan kompetensi jejaring gerakan KB dan pemampuan jejaring *centra of excellent* dengan pengembangan kapasitas melalui TOT untuk KIE gerakan KB

Meningkatkan upaya *public awareness campaign* KIE untuk memantapkan budaya NKKBS dan keluarga berkualitas. Dengan menetapkan *rebranding* dua anak cukup jadi dua anak lebih baik, mengupayakan pelayanan sampai daerah perbatasan, kampanye KB melalui media masa dan nasional serta dunia usaha. Mengapa *Mother Pregnant Saver* perlu. Hal ini supaya terjadi sinergitas antara hak asasi manusia, pemberdayaan perempuan, pelayanan kesehatan, pendidikan dan status sosial ekonomi. Dengan tiga pesan kunci. (1) setiap persalinan ditolong tenaga kesehatan, (2) setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan adekuat (3) setiap wanita subur mendapat akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan pencegahan komplikasi keguguran.

Makanya strategi program KB mengedepankan advokasi kebijakan anggaran. Perbaikan perilaku masyarakat dan pemberdayaan masyarakat. Sedangkan jejaring perlu dibangun dengan stakeholders kesehatan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi lahir ditingkat dasar dan rujukan. Membangun kemitraan yang efektif. Mendorong pemberdayaan perempuan, keluarga dan masyarakat. Meningkatkan pembiayaan, system surveilans monitoring dan informasi KIA. Serta melakukan Gerakan Memantapkan Lini Lapangan Rancage (GUMELAR). Supaya akarnya kuat, pohonnya besar, daunnya rindang, buahnya lebat. Dalam artian kelahiran terkendali, kualitas penduduk meningkat, kesejahteraan dinikmati oleh seluruh bangsa Indonesia tercinta ini. Tenaran lahir batin.

Jadi apa yang tertera dalam surat al Hujurot (13) menjadi kenyataan yaitu : Hai manusia sesungguhnya kami menciptakan kamu dari seorang laki-laki dan seorang perempuan dan menjadikan kamu berbangsa-bangsa dan bersuku-suku supaya kamu saling kenal mengenal. Sesungguhnya orang-orang yang paling mulia diantara kamu di sisi Allah ialah orang yang paling bertaqwa diantara kamu. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui lagi Maha Menenal.