



FINAL REPORT
KAJIAN KEBERHASILAN PROGRAM
KEPENDUDUKAN & KELUARGA BERENCANA
DI KABUPATEN DONGGALA



BADAN KELUARGA BERENCANA DAN
PEMBERDAYAAN PEREMPUAN
KABUPATEN DONGGALA
TAHUN 2013



KATA PENGANTAR

Fuji Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena dengan rahmat dan izinnya Juallah sehingga Penyusunan Laporan Akhir **Kajian Keberhasilan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana** di Kabupaten Donggala dapat diselesaikan tepat waktu.

Permasalahan yang dihadapi dalam bidang kependudukan semakin kompleks, bukan lagi berkaitan dengan indikator umum kependudukan, seperti pengendalian jumlah penduduk, penurunan angka fertilitas, penurunan angka kematian bayi, anak serta migrasi penduduk, akan tetapi telah bergeser pada isu-isu yang lebih luas berkaitan dengan lingkungan hidup, pembangunan berkelanjutan, hak azasi manusia, kesetaraan gender, kesehatan reproduksi, penduduk usia lanjut, pengangguran dan kemiskinan.

Berdasarkan berbagai permasalahan tersebut, maka sejak dilaksanakannya otonomi daerah, KB secara penuh dilimpahkan kepada daerah. Berdasar Keputusan Presiden (Keppres) No 9/2004 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non departemen pada pasal 114 disebutkan "Sebagian tugas pemerintahan yang dilaksanakan BKKBN diserahkan kepada pemerintah daerah. Disinilah urgensi dari kajian ini untuk mengetahui sejauhmana keberhasilan program kependudukan dan keluarga berencana yang telah dicapai oleh daerah khususnya Kabupaten Donggala.

Semoga laporan ini, dapat memberikan manfaat yang optimal, dan kepada semua pihak yang membantu dalam penyusunan laporan ini, kami mengucapkan terima kasih serta permohonan maaf apabila terdapat keku-rangan dan kekeliruan dalam penyusunannya.

Palu, Nopember 2013

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	Hal.
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GRAFIK	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Tinjauan Historis Perkembangan Kebijakan dan strategi Program KB	13
2.2 Perjalanan Program KB, masa perintisan, masa perkembangan dan masa pelembagaan	24
2.3 Keluarga Berencana	32
BAB III METODE PENELITIAN	70
3.1 Jenis Penelitian	70
3.2. Lokasi Penelitian	70
3.3 Jenis dan Sumber Data	70
3.4 Alat Analisis	71
3.5 Lingkup Kegiatan	71
BAB IV GAMBARAN UMUM KABUPATEN DONGGALA	75
A Keadaan Geografis	75
B Keadaan Demografis	83

BAB V HASIL PENELITIAN

1	Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk	105
2	Fertilitas dan Mortalitas	108
3	Perbandingan Penduduk Usia 0-4 Tahun dengan WUS	112
4	Perpindahan Penduduk (Migration)	114
5	Pendewasaan Usia Perkawinan	117
6	Proporsi PUS terhadap WUS	118
7	Proporsi PUS yang Istrinya <20 Tahun terhadap Jumlah PUS	120
8	Persebaran Jumlah Penduduk	124
9	Komposisi Penduduk dan Sex Ratio	126
10	Perkembangan Anggota Keluarga Dalam KK di Kabupaten Donggala	131
11	Perkembangan Jumlah KK Menurut Status Pekerjaan di Kabupaten Donggala	132
12	Perkembangan Jumlah KK berdasarkan Status Perkawinan	135
13	Jumlah KK berdasarkan status Pendidikan	137
14	Jumlah Anggota Keluarga dalam KK usia 7-15 Tahun Yang Tidak Bersekolah	142
15	Perkembangan Jumlah Peserta KB dan Jalur Kebersertaan di Kabupaten Donggala	145
16	Tingkat Partisipasi PUS Dalam Ber KB	147
17	Proporsi Bukan Peserta KB terhadap PUS	149
18	PUS yang Tidak ber KB karena ingin Hamil dan Punya Anak Segera	151
19	PUS yang Tidak ber KB karena ingin Punya Anak tapi ditunda	152
20	PUS yang Tidak ber KB karena Tidak ingin Hamil Lagi	152
21	Perkembangan Bayi 0-4 Tahun (Balita) yang tidak mengikuti Posiandu	153
22	Perkembangan Jumlah Keluarga Pra Sejahtera dan Sejahtera 1	156

BAB VI	PENUTUP	159
	Kesimpulan	159
	Rekomendasi	161

DAFTAR GAMBAR

	hal.
Gambar 1	78
1 Persentase Luas Kecamatan di Kabupaten Donggala	
2 Jumlah Desa Menurut Kecamatan di Kabupaten Donggala	80
3 Piramida Penduduk Kabupaten Donggala	87
4 Jumlah Murid Sekolah di Kabupaten Donggala	90
5 Akseptor Baru Menurut Jenis Alkon	93
6 Pertumbuhan Penduduk di Kabupaten Donggala	106
7 Pertumbuhan Penduduk di Kabupaten Donggala menurut Kecamatan	108
8 Jumlah Penduduk Lahir Hidup di Kabupaten Donggala	110
9 Perkembangan Mortalitas di Kabupaten Donggala	111
10 Rasio Pertumbuhan Jumlah Anak Usia 0-4 Tahun dengan WUS	113
11 Rasio Jumlah Anak Usia 0-4 Tahun dengan WUS menurut Kecamatan	114
12 Perkembangan Transmigrasi di Kabupaten Donggala	116
13 Jumlah Transmigrasi umum dan Swakarsa di Wilayah Kecamatan Kabupaten Donggala	116
14 Perkembangan Persentase PUS terhadap WUS di Kabupaten Donggala	119
15 Persentase PUS terhadap WUS menurut Kecamatan di Kabupaten Donggala	120
16 Proporsi PUS berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Donggala	121
17 Proporsi PUS berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Donggala per Kecamatan	123
18 Kepadatan Penduduk di Kabupaten Donggala	125
19 Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten Donggala	126

20	Persentase Penduduk berdasarkan Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	127
21	Prkembangan Jumlah Penduduk laki-laki dan perempuan serta Rasio di Kabupaten Donggala	129
22	Sex Rasio di Kabupaten Donggala menurut Kecamatan	130
23	Perkembangan jumlah Jiwa dalam KK di Kabupaten Donggala	132
24	Perkembangan Jumlah KK yang bekerja dan Tidak Bekerja di Kabupaten Donggala	133
25	Jumlah KK berstatus Bekerja dan Tidak Bekerja menurut Kecamatan	134
26	Perkembangan Jumlah Keluarga berdasarkan status perkawinan	135
27	Jumlah KK berstatus Kawin dan Tidak Kawin menurut Kecamatan	137
28	Perkembangan Jumlah Kepala Keluarga Berdasarkan Status Pendidikan	139
29	Jumlah Kepala Keluarga berdasarkan Status Pendidikan menurut Kecmatan	141
30	Perkembangan Jumlah Anggota Keluarga Yang tidak Bersekolah di Kabupaten Donggala	142
31	Persentase anak Usia 7-15 Tahun yang Bersekolah menurut Kecamatan	143
32	Perbandingan Jumlah Peserta KB dan Jalur Kepesertaan di Kabupaten Donggala	145
33	Jumlah Peserta KB dan Jalur Kepesertaan menurut Kecamatan di Kabupaten Donggala	146
34	Perkembangan Tingkat Partisipasi PUS dalam Ber KB di Kabupaten Donggala	148
35	Tingkat Partisipasi PUS dalam ber KB menurut Kecamatan di Kabupaten Donggala	149
36	Persentase Bukan peserta KB terhadap PUS di Kabupaten Donggala	150
37	Persentase Bukan Peserta KB terhadap PUS di Kabupaten Donggala menurut Kecamatan	151

38	Perkembangan Bayi 0-4 Tahun (Balita) mengikuti Kegiatan Posiandu 154	
39	Jumlah Anak Usia 0-4 Tahun yang mengikuti kegiatan Posiandu menurut Kecamatan	155
40	Persentase Jumlah Keluarga Pra Sejahtera dan Sejahtera 1 di Kabupaten Donggala	156
41	Persentase Jumlah Keluarga Pra sejahtera dan Sejahtera 1 per Kecamatan di Kabupaten Donggala	157

DAFTAR TABEL

			hal.
Tabel	1	Luas Wilayah Kabupaten Donggala Menurut Kecamatan	77
	2	Jumlah Desa/Kelurahan/UPT menurut Kecamatan	79
	3	Jumlah Desa/Kelurahan/UPT menurut Letak di Kabupaten Donggala	81
	4	Jarak Antar Ibukota di Kabupaten Donggala dengan Ibukota Kecamatan	81
	5	Rata-Rata Parameter Cuaca pada Stasion Metodologi Mutiara Palu menurut Bulan	82
	6	Kepadatan Penduduk menurut Kecamatan di Kabupaten Donggala	84
	7	Penduduk menurut Jenis Kelamin dan rasio jenis kelamin di Kabupaten Donggala	85
	8	Jumlah dan Persentase Penduduk berdasarkan Kelpompok Umur dan Jenis Kelamin	86
	9	Jumlah Penduduk, KK, dan Rata-Rata Penduduk per KK	87
	10	Jumlah Pencari Kerja Yang Terdaftar Menurut Tingkat Pendidikan dan Jenis Kelamin	88
	11	Jumlah Fasilitas Kesehatan Menurut jenis dan status Kepemilikan	91
	12	Jumlah Fasilitas Kesehatan menurut Kecamatan	92
	13	Luas Area di Kabupaten Donggala menurut Penggunaannya	94
	14	Produk Domestik Regional Bruto atas dasar Harga berlaku dan Konstan menurut lapangan Usaha	101
	15	Laju Pertumbuhan PDRB menurut lapangan usaha	101
	16	Distribusi Persentase PDRB atas dasar harga berlaku dan harga konstan menurut alapangan usaha	102
	17	Perkembangan Pendapatan Regional dan Angka-Angka Perkapita atasc dasar harga berlaku ndan harga konstan	103

KAJIAN KEBERHASILAN PROGRAM
KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA
DI KABUPATEN DONGGALA

BAB I PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Undang-undang nomor 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga “penduduk sebagai modal dasar dan faktor dominan pembangunan harus menjadi titik sentral dalam pembangunan berkelanjutan karena jumlah penduduk yang besar dengan kualitas rendah dan pertumbuhan yang cepat akan memperlambat tercapainya kondisi yang ideal antara kuantitas dan kualitas penduduk dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan.

Perkembangan kependudukan dilakukan untuk mewujudkan keserasian, keselarasan, dan keseimbangan antara kuantitas, kualitas dan persebaran penduduk, kebijakan pembangunan berkelanjutan adalah kebijakan pembangunan untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk saat ini sekaligus mempertimbangkan kesejahteraan penduduk dimasa mendatang, kebijakan pembangunan untuk meningkatkan taraf hidup penduduk saat ini tidak boleh mengorbankan kesejahteraan penduduk generasi mendatang.

Walaupun secara geografis Kabupaten donggala belum menghadapi masalah kependudukan yang belum begitu mengkhawatirkan dalam arti kemampuan untuk menampung jumlah penduduknya, namun perlu disadari bahwa dengan laju pertumbuhan penduduk disebabkan antara lain oleh struktur umur penduduk yang kurang menguntungkan dan tingginya angka kelahiran PUS muda umur 15-19 tahun.

Variabel tingkat pertumbuhan penduduk sangat erat kaitannya dengan kemampuan daerah untuk menyediakan lapangan kerja dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat secara kuantitatif dan kualitatif. Menurut Malthus bahwa tingkat pertumbuhan penduduk berjalan relative lebih cepat dibanding proses penyediaan sumber daya (resources) yang dibutuhkan, dengan demikian jelas bahwa pertumbuhan penduduk yang relative tinggi akan menimbulkan masalah yang tidak sederhana terutama masalah social, ekonomi, stabilitas politik dan lain sebagainya.

Penduduk Indonesia dan Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam bidang kependudukan semakin kompleks, bukan lagi berkaitan dengan indikator umum kependudukan, seperti pengendalian jumlah penduduk, penurunan angka fertilitas, penurunan angka kematian bayi, anak serta migrasi penduduk, akan tetapi telah bergeser pada isu-isu yang lebih luas berkaitan dengan lingkungan hidup, pembangunan berkelanjutan, hak azasi manusia, kesetaraan gender, kesehatan reproduksi, penduduk usia lanjut, pengangguran dan kemiskinan.

Di Indonesia ada empat aspek kependudukan yang menjadi kendala dan tantangan yang cukup berat, yaitu :

- a. ***kuantitas***, penduduk Indonesia berjumlah sangat besar, yaitu nomor empat terbesar di dunia setelah China, India, dan Amerika Serikat. Dewasa ini penduduk Indonesia diperkirakan berjumlah sekitar 240 juta jiwa dengan angka pertumbuhan penduduk yang masih tinggi yaitu sekitar 1,49% per tahun sesuai hasil Sensus Penduduk 2010 yang lalu.
- b. ***Kualitas*** penduduk yang relatif masih rendah. Kualitas penduduk yang masih rendah ini ditandai antara lain dengan angka kematian yang masih tinggi, pendidikan yang rendah, angka kemiskinan yang masih besar jumlahnya, serta secara umum Indeks Pembangunan Manusia yang masih ditataran bawah.
- c. ***Persebaran*** penduduk Indonesia persebarannya sangat tidak merata. Sekitar 58% penduduk tinggal di Pulau Jawa dan Madura yang luas areanya hanya sekitar 7% dari luas Indonesia. Jumlah penduduk yang tidak merata dan berjejal di suatu wilayah akan memberikan beban yang berat bagi wilayah yang bersangkutan termasuk masalah lingkungan (*environmental stress*) seperti kerusakan hutan (termasuk bakau), kerusakan terumbu karang, masalah air bersih (*water management*), sampah, terumbu karang, pendangkalan sungai, serta polusi udara yang parah.
- d. ***Data, informasi, dan administrasi*** kependudukan yang perlu dibenahi. Kartu tanda penduduk (KTP) dan pencatatan atau registrasi penduduk berkenaan dengan kelahiran, kematian, kedatangan, dan kepergian belum bisa dilakukan dengan tertib, disiplin, serta cermat sesuai ketentuan.

Berdasarkan berbagai permasalahan tersebut diatas, maka sejak dilaksanakannya otonomi daerah, KB secara penuh dilimpahkan kepada daerah. Berdasar Keputusan Presiden (Keppres) No 9/2004 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata

Kerja Lembaga Pemerintah Non departemen pada pasal 114 disebutkan "Sebagian tugas pemerintahan yang dilaksanakan BKKBN di kabupaten/kota dan Provinsi DKI Jakarta diserahkan kepada pemerintah daerah terhitung mulai 1 Januari 2004."

Keppres itu menggantikan Keppres sebelumnya (No 103/2001). Padahal sebelum otonomi daerah, pelaksanaan KB secara struktural dikoordinasi oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Ketika kewenangan urusan KB itu dilimpahkan, beragam reaksi diberikan kabupaten/kota. Ada variasi kebijakan terhadap KB. Bagi daerah – daerah yang kurang serius dalam pelaksanaan urusan KB, tingkat kelahiran akan tetap semakin tinggi. Ini akan tetap menjadi masalah yang terjadi sekarang dan di kemudian hari apabila tidak dikendalikan.

Kondisi yang berbeda juga terjadi pada era desentralisasi, dimana sejak tahun 2004 nama dan struktur lembaga yang dipersiapkan pemerintah Kabupaten/Kota bervariasi. Kondisi kelembagaan yang bervariasi tersebut cukup menjadi kendala dalam menggerakkan dan mengkoordinasikan serta mensinergiskan kebijakan nasional dengan implementasinya di lapangan. Terlebih lagi di Kabupaten/Kota yang belum/tidak membentuk satuan kerja pengelolaan KB di tingkat Kecamatan dan Desa sehingga mata rantai jaringan kelembagaan program KB di lini lapangan terputus.

Dukungan tenaga program yang kompeten sangat menentukan keberhasilan pengelolaan program KB. Sebelum era desentralisasi tenaga program telah dipersiapkan dan dibina serta dididik baik secara kuantitas dan kualitasnya, terutama tenaga lapangan sebagai ujung tombak operasional di lapangan. Untuk tenaga lapangan (PLKB) penyiapannya melalui pendidikan dan latihan khusus sebagai tenaga fungsional, sehingga memenuhi standar kompetensi yang telah ditetapkan.

Kondisi tenaga program utamanya tenaga lapangan pada era desentralisasi ternyata ada kecenderungan kuantitas dan kualitasnya menurun. Tenaga lapangan dari 4.528 orang pada tahun 2003, telah turun menjadi 3.428 atau hampir 25% pada tahun 2007. Di beberapa Kabupaten bahkan ada PLKB yang membina lebih dari 5 Desa, ada yang hanya 1 PLKB di setiap Kecamatan, bahkan ada Kabupaten/Kota yang tidak ada PLKB nya. Aspek kualitas PLKB juga cenderung menurun karena pada era desentralisasi intensitas pembinaan dan pelatihan bagi petugas lapangan dan tenaga kader masyarakat juga semakin menurun. Dengan semakin kurangnya PLKB tersebut berimbas pada masyarakat di daerah-daerah menyebabkan kurangnya informasi serta akses pelayanan keluarga berencana.

Perkembangan program KB Nasional dipengaruhi oleh dinamika yang terjadi di dunia internasional. Pada kurun waktu 1970-an hingga 1990-an, keberhasilan program KB di Indonesia sangat ditentukan pada aspek demografis semata yaitu pengendalian angka kelahiran. Namun pasca ditandatanganinya *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Cairo Tahun 1994, telah terjadi pergeseran paradigma yang cukup signifikan dalam pelaksanaan program KB yaitu dari pendekatan demografis menjadi mengedepankan aspek hak-hak asasi manusia.

Disamping itu pula, Indonesia merupakan salah satu dari beberapa Negara berkembang yang menyepakati tujuan-tujuan pembangunan global dalam *Millennium Development Goals* (MDGs) yang telah diratifikasi pada tahun 2000. Dalam tujuan global kelima (b), seluruh Negara penandatangan sepakat untuk membuka akses kesehatan reproduksi secara universal kepada seluruh individu yang membutuhkan termasuk di dalamnya adalah peningkatan *Contraceptive Prevalence Rate*

(CPR); penurunan *unmet need*, penurunan angka fertilitas remaja dan peningkatan usia kawin pertama perempuan.

Pada bagian lain, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025, pada bagian lampiran disebutkan bahwa membangun Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas diarahkan pada peningkatan kualitas SDM Indonesia yang ditandai antara lain dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Pembangunan Gender (IPG), serta tercapainya penduduk tumbuh seimbang yang ditandai dengan angka reproduksi neto (NRR) sama dengan 1, atau angka kelahiran total (TFR) sama dengan 2,1.

Pengendalian jumlah dan laju pertumbuhan penduduk diarahkan pada **peningkatan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi** yang terjangkau, bermutu dan efektif menuju terbentuknya keluarga kecil yang berkualitas.

Program Keluarga Berencana (KB) memiliki makna yang sangat strategis, komprehensif dan fundamental dalam upaya mewujudkan manusia Indonesia sejahtera yang tidak terpisahkan dengan program pendidikan dan kesehatan.

Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera yang kemudian direvisi menjadi Undang Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga menyebutkan bahwa Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas.

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2014 diarahkan kepada pengendalian kualitas penduduk melalui tiga prioritas utama: (1) Revitalisasi Program KB; (2) Penyerasian kebijakan pengendalian penduduk; dan (3) Peningkatan ketersediaan dan kualitas data serta informasi kependudukan yang memadai, akurat dan tepat waktu. Selain itu dalam Peraturan Presiden Nomor 62 Tahun 2010 tentang Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional menekankan perlunya dilakukan perubahan/penyerasian terhadap Renstra BKKBN tentang Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana Tahun 2010-2014 yang meliputi penyesuaian untuk beberapa kegiatan prioritas dan indikator kerjanya.

Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 2/PER/B5/2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Pasal 159 menyebutkan bahwa Deputy Bidang Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR) mempunyai tugas merumuskan dan melaksanakan kebijakan teknis di bidang keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Sedangkan organisasi di tingkat provinsi diatur oleh Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 82/PER/B5/2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perwakilan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional di Provinsi dan Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 92/PER/B5/2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Balai Pendidikan dan Pelatihan KKB.

1.2. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan untuk melakukan kajian tentang keberhasilan program kependudukan dan keluarga berencana di Kabupaten Donggala dalam

rangka memperoleh informasi tentang keberhasilan pemerintah Kabupaten Donggala dalam rangka untuk mensinergiskan kebijakan kependudukan dan Keluarga Berencana dalam mewujudkan keserasian, keselarasan, dan keseimbangan antara kuantitas, kualitas, dan persebaran penduduk dengan daya dukung alam dan daya tampung lingkungan guna menunjang pelaksanaan pembangunan nasional yang berkelanjutan.

Selama ini Peraturan Pemerintah yang mengatur Program Kependudukan dan Keluarga Berencana berpayung hukum pada Undang Undang Nomor 10 tahun 1992, tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera. Undang-Undang tersebut tidak sesuai lagi dengan perkembangan dan tuntutan zaman, sebab tidak mengatur secara penuh bagaimana pelaksanaan Program KB dalam konteks otonomi daerah. Di mana, titik sentral otonomi berada pada pemerintah daerah kabupaten dan Kota, akibatnya, fase 2000-2007 Program Kependudukan dan Keluarga Berencana berjalan sendiri-sendiri dan tidak fokus antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Memang sejak 2007 pemerintah berusaha membenahi dan menyeleraskan programnya di tiap daerah, dengan mengeluarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah. Sejak saat itu, Program KB menjadi salah satu dari 35 urusan wajib yang harus dilakukan pemerintah kabupaten dan kota.

Konsekuensinya, untuk pelaksanaan program di lapangan harus ada pembiayaan dari APBD. Dari sini disinyalir terjadi perebutan anggaran di daerah untuk masing-masing urusan (perangkat daerah). Anggaran untuk Program KB hanya bisa terealisasi, jika pemerintah daerah menjadikan KB sebagai program prioritas. Berdasarkan hasil sementara Sensus Penduduk 2010, saat ini diketahui tingkat fertilitas di Indonesia

memang tidak tinggi namun juga tidak turun. Dari aspek perkembangan penduduk, hal itu menunjukkan angka kelahiran kita terbilang relatif tinggi.

Menurut mantan Kepala Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (LDFEU) Prof. Sri Moertiningsih, tingkat fertilitas yang tidak tinggi namun tidak turun itu menunjukkan otoritas BKKBN tidak berdaya karena kewenangan KB sudah didesentralisasi. BKKBN tidak bisa turun langsung ke lapangan, padahal sangat sedikit kabupaten dan kota yang menunjukkan kepedulian terhadap KB.

Dampak nyata menekan laju pertumbuhan penduduk akan terasa, dalam jangka waktu yang lama. Akibatnya bagi aparatur negara yang berpikiran jangka pendek/sempit, Program Kependudukan dan KB akan diabaikan. Padahal, banyaknya penduduk bisa berimplikasi luas terhadap sendi-sendi kehidupan lainnya. Mempunyai penduduk yang banyak tentunya harus dipikirkan pula rasio ketersediaan pangan dan sandang, pengadaan lapangan kerja baru, ketersediaan sarana kesehatan dan pendidikan. Jadi, pertumbuhan ekonomi yang dicapai tidak akan optimal dirasakan manfaat kesejahteraannya jika tidak diimbangi dengan pengendalian dan mobilitas penduduk yang baik.

Untuk melaksanakan tugas pengendalian dan mobilitas penduduk yang baik, diperlukan suatu lembaga yang kuat. Maka, dari situ lahir ide untuk melembagakan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana menjadi lembaga yang kuat dan mandiri bukan hanya ditingkat pusat namun juga di tingkat provinsi, kabupaten dan kota.

Undang-Undang Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, menjawab segala persoalan Kependudukan dan Program KB di masa mendatang. Badan Koordinasi

Keluarga Berencana Nasional, sesuai dengan ruang lingkup tugasnya akan berubah menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Di tingkat provinsi, kabupaten dan kota akan dibentuk Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Daerah (BKKBD).

Undang-Undang tersebut mengamanatkan kepada Pemerintah Pusat dan Daerah untuk bersama-sama menjalankan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana yang selaras, dengan tidak mengabaikan prinsip Otonomi Daerah. Tugas Pemerintah Daerah yang diatur dalam Undang-Undang tersebut antara lain: Menyusun Perda mengenai Tugas, Fungsi dan Susunan Organisasi BKKBD (Pasal 57 ayat 3); menetapkan kebijakan dan program jangka menengah dan jangka panjang yang berkaitan dengan Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga sesuai dengan kebutuhan daerah masing-masing (Pasal 8 ayat 1); menganggarkan pada APBD untuk pembiayaan Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga (Pasal 16 ayat 1); menyediakan alat dan obat kontrasepsi bagi penduduk miskin (asal 29 ayat 2); melakukan pengumpulan data dan analisis tentang angka kematian sebagai bagian dari Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga; menetapkan kebijakan mobilitas penduduk; menetapkan kebijakan pembangunan keluarga melalui ketahanan dan kesejahteraan keluarga serta melaporkan data dan informasi kependudukan dan keluarga kepada pemerintah.

Dalam pelaksanaan Undang-Undang tersebut tentu saja Pemerintah Daerah perlu melakukan penyesuaian dan kajian terhadap cikal bakal kelembagaan baru (BKKBD), tugas serta kewenangan dan pembiayaannya. Disadari, persoalan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana, suka atau tidak suka sekarang kalah populer dibandingkan dengan penegakan hukum dan HAM, penyelesaian kasus korupsi,

pemberantasan terorisme, ingar bingar pilkada sampai persoalan upaya perbaikan ekonomi dan moneter.

Namun demikian, keluarnya Undang-Undang Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga akan menjadikan cakupan dan domain Program Kependudukan dan Keluarga Berencana lebih jelas dan terarah. Dengan upaya konkret menekan laju pertumbuhan penduduk melalui Program KB dan pengarahannya mobilitas penduduk melalui Program kependudukan. Indonesia akan mempunyai parameter yang jelas mengenai jumlah penduduk lima tahun hingga 50 tahun mendatang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

Masalah penduduk di Indonesia, dari dulu hingga sekarang, memanglah sangat kompleks. **Mantra** (2010:199) menggambarkan, hingga akhir tahun 2000, masalah penduduk di Indonesia meliputi: [1] jumlah penduduk besar, tahun 2000 berjumlah 203,5 juta (dan tahun 2010 berjumlah 237,6 juta), [2] persebaran penduduk tidak merata, 60% tinggal di pulau Jawa, [3] persentase penduduk yang bekerja di sektor pertanian masih tinggi, sekitar 60%, [4] jumlah pengangguran terbuka tinggi dan kualitas tenaga kerja rendah. **Salim** (2011:1) mencatat ada empat masalah penduduk di Indonesia, yaitu: [1] kuantitas penduduk masih tinggi (237,6 juta, dengan pertambahan 1,49%), [2] kualitas penduduk rendah (kematian tinggi, pendidikan rendah, kemiskinan tinggi, IPM rendah), [3] persebaran penduduk tidak merata, dan [4] data, informasi, dan administrasi penduduk belum baik.

Sementara **Kuntoro** (2011:2) mencatat tiga aspek yang berkaitan dengan isu kependudukan dan pembangunan keluarga, yaitu kuantitas, kualitas, dan mobilitas. Ketiga aspek tersebut berkaitan dengan pembangunan ekonomi, kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, sosial, agama, keamanan, tata ruang, kemampuan daya dukung alam dan daya tampung

lingkungan, eksploitasi sumber daya alam yang menjamin kelestarian lingkungan, dan peningkatan kesejahteraan penduduk.

Berdasarkan data permasalahan penduduk tersebut, makalah ini akan menyoroti tiga parameter kependudukan, yaitu fertilitas, mortalitas, dan mobilitas (migrasi) ditinjau dari aspek sosial-budaya.

Adam (2011:1-4) memulai tulisannya mengenai pengendalian kuantitas penduduk, dengan kritiknya terhadap teori Malthus. Menurutnya, ada tiga kelemahan teori Malthus, yaitu berkaitan dengan masalah fertilitas, migrasi, dan teknologi. Khusus berkaitan dengan fertilitas, kelemahan teori Malthus adalah tidak dikemukakan mengenai penekanan jumlah/pertumbuhan penduduk melalui kontrasepsi, melainkan hanya melalui penundaan usia kawin. Selanjutnya, **Adam** (2011:4-6) mengemukakan variabel antara dalam studi fertilitas dari Kingsley Davis dan Judith Blake (1956). Variabel antara (ada 11 variabel) ini berpengaruh langsung terhadap fertilitas, sedangkan struktur sosial, ekonomi, dan lingkungan mempengaruhi variabel antara.

2.1 Tinjauan Historis Perkembangan Kebijakan dan Strategi Program KB

2.1.1 Tinjauan Historis

Grand Design Pengendalian Kuantitas Penduduk

Presentasi dari Alimoeso (2011), mengenai *Grand Design* Pengendalian Kuantitas Penduduk, yang merupakan kerangka bagi arah kebijakan dan pedoman penyusunan *Road Map*. Menurutnya, tujuan pengendalian kuantitas penduduk adalah mewujudkan pembangunan yang berkelanjutan melalui rekayasa kondisi penduduk optimal yang berkaitan dengan jumlah, struktur/komposisi, pertumbuhan, serta persebaran penduduk. Berikut ini dikemukakan pokok-pokok pengaturan fertilitas, mortalitas, dan mobilitas.

Pengaturan fertilitas berkaitan dengan program Keluarga Berencana, meliputi:

- [1] usia ideal perkawinan, usia ideal melahirkan, dan jumlah anak ideal,
- [2] kebijakan KB dilaksanakan untuk membantu pasangan suami-istri dalam mengambil keputusan dan mewujudkan hak-hak reproduksi, yaitu:
 - [a] mengatur kehamilan yang diinginkan,
 - [b] menurunkan AKB dan AKI,
 - [c] meningkatkan akses dan kualitas pelayanan,
 - [d] meningkatkan kesertaan pria,
 - [e] promosi ASI,
 - [f] larangan aborsi dalam pengaturan kehamilan,
 - [g] meningkatkan akses dan kualitas KIE dan pelayanan KB di daerah,
 - [h] larangan pemaksaan KB (karena bertentangan dengan HAM),
 - [i] pelayanan kontrasepsi dilakukan sesuai norma agama, budaya, etika, dan kesehatan,
 - [j] penyediaan kontrasepsi bagi penduduk miskin di daerah.

Penurunan mortalitas (angka kematian) bertujuan untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan berkualitas pada seluruh dimensi. Prioritas dan fokus penurunan angka kematian adalah:

- 1. prioritas: penurunan angka kematian ibu hamil, ibu melahirkan, pasca melahirkan, serta bayi dan anak,
- 2. fokus:
 - [a] kesamaan hak reproduksi pasutri,
 - [b] keseimbangan akses dan kualitas KIE dan pelayanan,
 - [c] pencegahan dan pengurangan resiko kesakitan dan kematian,
 - [d] partisipasi aktif keluarga dan masyarakat.

Pengarahannya mobilitas penduduk bertujuan untuk tercapainya persebaran penduduk optimal, didasarkan pada keseimbangan jumlah penduduk dengan daya dukung alam dan daya tampung lingkungan. Mobilitas penduduk ini meliputi:

[1] mobilitas internal:

- [a] dilakukan dengan menggunakan data dan informasi serta persebaran penduduk dengan memperhatikan Rencana Tata Ruang Wilayah,
- [b] pengembangan sistem informasi kesempatan kerja, yang memung-kinkan untuk melakukan mobilitas ke daerah tujuan sesuai kemampuan yang dimilikinya,
- [c] mobilitas permanen dan non-permanen,
- [d] mobilitas ke daerah penyangga,
- [e] penataan persebaran penduduk melalui kerjasama antar daerah,
- [f] urbanisasi,
- [g] penyebaran penduduk ke perbatasan antar negara dan daerah tertinggal.

[2] mobilitas internasional:

- [a] dilakukan melalui kerjasama internasional,
- [b] dilakukan dengan menghormati hak penduduk untuk bebas bergerak, berpindah, dan bertempat tinggal,
- [c] Pemerintah Daerah menetapkan kebijaksanaan mobilitas penduduk sepanjang tidak bertentangan dengan kebijakan nasional.

Sebelum membahas tentang perkembangan kebijakan dan strategi pembangunan kependudukan ada baiknya jika kita mendeskripsikan juga tentang makna dan tujuan pembangunan kependudukan. Dengan

demikian, kita dapat mengintegrasikan, dalam analisis kita, tentang hal-hal yang hendak dicapai serta upaya, atau bagaimana, kita akan merealisasikan keinginan-keinginan itu.

Tujuan dasar program pembangunan kependudukan adalah untuk menciptakan keluarga yang bahagia dan sejahtera. Dalam konteks ini, tujuan pembangunan kependudukan adalah untuk (1) "menurunkan dan mengendalikan partum-buhan penduduk," dan (2) "menciptakan atau mewujudkan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera" (BKKBN, 1992:15) meliputi : (1) penurunan tingkat kelahiran, (2) peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, (3) peningkatan kesadaran (*consrienti^atiori*) masyarakat terhadap masalah kependudukan, dan (4) peningkatan sumber daya manusia sebagai aset pembangunan (BKKBN, 1992:15).

Perkembangan kebijakan pembangunan kependudukan dari periode keperiode.

Sejalan dengan perhatian pemerintah terhadap persoalan kependudukan, yang baru dimulai sejak kepemimpinan Orde Baru tampil di panggung politik Indonesia (1967), pada dasarnya kebijakan pembangunan kependudukan secara terpadu juga baru dimulai pada awal tahun 1970. Sebagai bagian dari rencana besar pembangunan jangka panjang, maka kebijakan kependudukan tak terlepas dari keseluruhan kebijakan pembangunan nasional. Meskipun sebagai rangkaian kebijakan pembangunan nasional, kebijakan kependudukan sebagaimana kebijakan-kebijakan di bidang tertentu lainnya memiliki ciri-ciri khusus, terutama yang menyangkut bentuk-bentuk Kegiatan operasionai kebijakan kependudukan itu sendiri.

Dalam konteks sifat operasional inilah, pada masa-masa tertentu, terutama di saat tingkat pertumbuhan penduduk dirasa sangat tinggi, kebijakan pembangunan kependudukan ini "ditujukan untuk mengurangi

angka pertumbuhan penduduk" (BKKBN, 1994:5). Inilah yang menjadi arah utama implementasi kebijakan pembangunan kependudukan pada Pelita I, di mana tingkat pertumbuhan penduduk relatif tinggi, berkisar antara 2,1% sampai 2,3% per tahun.

Secara lebih tegas, kebijakan ini diarahkan untuk menurunkan angka fertilitas. Untuk itu, pendekatan yang ditempuh adalah dengan cara memasyarakatkan program penjarangan kelahiran. Meskipun demikian, pemerintah tetap menyadari arti penting dan makna strategis masalah kependudukan sebagai aset pembangunan. Jumlah penduduk yang besar merupakan sumber daya manusia terpenting bagi keberhasilan pembangunan nasional. Karenanya, sambil menekan tingkat kelahiran, pemerintah juga merancang berbagai program aksi guna meningkatkan kualitas penduduk. Termasuk di dalamnya adalah agenda untuk (1) meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak; (2) meningkatkan kemudahan dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat; (3) meningkatkan gizi, dan sebagainya (BKKBN, 1994:5).

Pada awal tahun 1970-an, jangkauan kebijakan pembangunan kependudukan masih bersifat terbatas, disesuaikan dengan kemampuan tenaga pelaksana, dana, dan jaringan-jaringan yang ada, pelaksanaannya dikonsentrasikan di Jawa dan Bali yang meliputi propinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Bali (BKKBN, 1994:6; BKKBN, 1993:42). Propinsi-propinsi ini merupakan wilayah padat penduduk dengan tingkat kelahiran yang relatif tinggi dibanding daerah Indonesia lainnya. Demikian pula, pada masa itu pemerintah belum secara spesifik mengumumkan target yang hendak dicapai.

Baru pada tahun 1974 pemerintah mulai menetapkan *system target* penurunan tingkat fertilitas sebesar 50% pada tahun 1990 dibandingkan keadaan tahun 1971" (BKKBN, 1994:6). Perkembangan ini mempunyai

beberapa konsekuensi. menuntut dijabarkannya kebijakan dasar pembangunan kependudukan dalam bentuknya yang lebih konkrit agar target yang ditetapkan dapat dicapai, antara lain:

Pertama, peningkatan dan intensifikasi pelaksanaan program KB, dimaksudkan untuk menjaring jumlah peserta KB secara lebih banyak.

Kedua, pengembangan wilayah jangkauan KB. Menurut para pemikir dan aktivis KB, untuk mengejar target penurunan hingga 50% diperlukan pengembangan wilayah jangkauan paling tidak meliputi 10 daerah propinsi di luar Jawa/Bali, meliputi DI Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Lampung, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan (BKKBN, 1994:6; BKKBN, 1993:42).

Ketiga, peningkatan organisasi dan administrasi pelaksanaan program KB yang merupakan konsekuensi logis pengembangan wilayah jangkauan program KB.

Keempat, meningkatkan keterpaduan antara program KB dan program pembangunan lainnya. Hal ini diperlukan karena dua hal: (1) untuk mempercepat terwujudnya tujuan dasar program kependudukan, yaitu terciptanya keluarga/masyarakat yang sehat dan sejahtera; dan (2) untuk membuat agar program KB berjalan seiring dengan program-program pembangunan lainnya. Dengan demikian, diharapkan tidak akan terjadi tumpang tindih, duplikasi penjabaran program-program pembangunan yang ada.

Pada periode 1980-1984 ada beberapa hal yang patut dicatat yaitu :

Pertama, fokus pendekatan terhadap persoalan kependudukan mulai semakin diperjelas. Hal ini nampak khususnya pada obsesi pemerintah untuk menu-runkan angka fertilitas.

Kedua, meskipun perhatian utama dititikberatkan pada penurunan angka fertilitas, pemerintah juga berkepentingan untuk meningkatkan angka harapan hidup (*life expectancy*) serta menurunkan angka mortalitas, yang merupakan bagian integral dari kebijakan pembangunan kependudukan untuk menuju masyarakat yang bahagia dan sejahtera.

Ketiga, pada periode ini pula perhatian terhadap masalah kepadatan dan tingkat persebaran penduduk yang tidak merata mulai semakin terfokus. Dalam hal ini, migrasi penduduk dari daerah padat penduduk ke wilayah yang masih relatif kurang penduduknya merupakan salah satu pilihan yang sangat memungkin untuk dilakukan.

Keempat, perluasan jangkauan yang mencakup seluruh wilayah Indonesia. Karenanya, sejak tahun 1980 cakupan wilayah KB mendapat tambahan 11 propinsi: yaitu : Riau, Jambi, Bengkulu, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Nusa Tenggara Timur, Maluku, Irian Jaya, (BKKBN, 1993:42).

Kelima, melihat luasnya sasaran yang hendak dicapai dalam agenda pembangunan kependudukan ini, dari periode ke periode pemerintah semakin menyadari perlunya untuk terus mengembangkan program pendidikan kependudukan dan meningkatkan partisipasi masyarakat.

Pada periode tahun 1980-1985 program kependudukan difokuskan pada usaha (1) penurunan angka kelahiran, (2) peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, (3) peningkatan angka harapan hidup, dan (4) penurunan angka mortalitas, terutama, bayi dan anak (BKKBN, 1994:6).

Untuk mencapai sasaran tersebut, pemerintah tetap berupaya untuk meningkatkan jumlah peserta KB, dan berupaya untuk terus menggalang dukungan dari masyarakat luas. Dengan demikian, diharapkan partisipasi masyarakat dalam gerakan pembangunan kependudukan dan KB ini dapat terus ditingkatkan.

Mulai tahun 1985 dilakukan sosialisasi terhadap hal-hal yang berkaitan dengan perwujudan keluarga kecil bahagia dan sejahtera melalui upaya untuk meningkatkan (1) peran wanita dan remaja dalam pengendalian masalah kependudukan serta, dan (2) kualitas sumberdaya manusia.

Pidato Menteri Negara Kependudukan/Kepala BKKBN menyatakan bahwa pola kebijakan dasar pembangunan kependudukan dikembangkan sesuai dengan situasi partikularistik yang dihadapi masing-masing periode. Kebijakan itu dirumuskan berdasarkan situasi kependudukan yang dihadapi, baik yang menyangkut tingkat kelahiran, pola persebaran dan distribusi, struktur umur, dan sebagainya.

Berdasarkan perkiraan demografis untuk dua puluh lima tahun mendatang, terdapat beberapa persoalan penting yang menjadi titik-tekan pemerintah dalam merumuskan kebijakan pembangunan kependudukan, sebagai berikut :

Pertama, adalah soal jumlah penduduk dan penduduk usia muda. Diperkirakan, sampai dua puluh lima tahun mendatang tingkat pertumbuhan penduduk Indonesia relatif masih tinggi. Dalam kaitannya dengan soal ini, adalah wajar jika kebijakan pembangunan kependudukan pada periode ini masih menekankan masalah pengendalian (pengaturan) pertumbuhan penduduk. Sementara itu, pada tahun-tahun itu pula jumlah penduduk usia muda akan tetap besar, kendatipun proporsinya semakin mengecil. Dalam dua dekade nanti mereka akan menempati posisi-posisi awal dari tatanan angkatan kerja di Indonesia. Karenanya, mereka merupakan segmen kritis dan strategis yang harus dipersiapkan agar mampu menyongsong zamannya.

Kedua, jumlah penduduk yang sekolah dari tahun ke tahun semakin tinggi. Karena sifat integratif dari kebijakan pembangunan kependudukan ini (antara lain terekspresikan dengan nyata dalam slogan "pembangunan masyarakat sejahtera"), maka pemerintah juga menaruh perhatian luar biasa untuk meningkatkan dan mempermudah akses ke dunia pendidikan, baik pada tingkat SD, SLTP/SLTA, ataupun PT.

Ketiga, struktur umur penduduk pada masa-masa itu, dengan segala implikasi sosiologis dan ekonomisnya, menyebabkan pemerintah untuk menangani masalah pemerataan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara lebih terpadu. "Disamping harus sanggup hidup 70 tahun", penduduk Indonesia harus sanggup sekolah minimum 9 tahun, dan mereka harus bisa hidup dalam suasana dimana suami istri bekerja di luar rumah, sehingga beban para suami istri menjadi ganda dalam dunia yang tidak lagi cenderung sebagai petani.

Masyarakat yang akan mereka alami adalah masyarakat modern dan urban dengan cara berpikir yang makin rasional dan lebih terbuka" (BKKBN, 1995:10). Dalam konteks sosial seperti inilah, bobot pendekatan harus semakin diperkuat, baik dalam bentuk peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan maupun pengembangan sasaran pengembangan gizi masyarakat yang tidak lagi terfokus pada generasi muda, tetapi juga kelompok suami istri yang bekerja.

Keempat, proses mobilisasi sosial yang cepat antara lain telah menyebabkan perkembangan angkatan kerja, termasuk wanita. Dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk usia kerja ini, pemerintah juga diharapkan dapat menyediakan lapangan kerja yang cukup.

Dari uraian tersebut diketahui bahwa kebijakan pembangunan kependudukan sebenarnya mempunyai pola dasar yang baku sifatnya.

Dilihat dari sudut filosofinya, kebijakan dasar itu diarahkan untuk menciptakan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. Dalam konteks praktis-operasionalnya, kebijakan itu diarahkan untuk menangani masalah yang muncul dari soal kependudukan, Program KB merupakan terjemahan empirik dari kebijakan pembangunan kependudukan tersebut.

2.1.1.2 Strategi Pembangunan Program KB

Sehubungan dengan strategi pendekatan Program KB ada dua hal yang bisa dicatat. *Pertama* adalah strategi pendekatan yang sifatnya mendasar dan konseptual. *Kedua* adalah strategi pendekatan yang sifatnya operasional (BKKBN, 1992:19-28).

Hal pertama adalah, sebagaimana tampak dalam rumusan kebijakan pembangunan kependudukan, yakni pendekatan yang sifatnya politis-struktural, intergratif, dan sosial-kemasyarakatan. Secara garis besar dapat dikatakan bahwa salah satu strategi pembangunan kependudukan yang ditempuh sejak awal dimulainya pembangunan kependudukan adalah bersifat politis-struktural setelah dicanangkannya komitmen nasional oleh Presiden Soeharto pada 1968 di depan sidang DPR untuk menanggungi masalah kependudukan.

Peristiwa tersebut mempunyai implikasi politis-struktural. Pertama-tama adalah bahwa masalah kependudukan telah menjadi isu nasional-sebuah modal yang amat strategis bagi pengembangan agenda-agenda kerja yang ada kaitannya dengan persoalan kependudukan. Yang lebih penting adalah bahwa hal itu merupakan "modal politik" yang paling dasar untuk meletakkan agenda pembangunan kependudukan dalam *networking* legal/konstitusional (MPR, GBHN, undang-undang, dan sebagainya) dan

birokrasi (pusat, propinsi, kabupaten/kotamadya, kecamatan, desa) negara.

Tak dapat dipungkiri, pendekatan politis-struktural ini merupakan sumber dukungan yang luar biasa besarnya dalam merealisasikan kebijakan pembangunan kependudukan. Pendekatan integratif yang ditempuh oleh para pemikir dan aktivis pembangunan kependudukan dimaksudkan untuk meletakkan agenda ini dalam konteks pembangunan nasional yang lebih luas (makro). KB merupakan bagian integral dari pembangunan nasional, di sinilah letak integratifnya strategi ini untuk menciptakan keluarga bahagia dan sejahtera, selain untuk mengendalikan angka kelahiran.

Dengan demikian, sebagaimana sering dinyatakan, pembangunan kependudukan tidaklah identik dengan "gerakan kondom" atau "mobilisasi akseptor kondom". (BKKBN, 1992:19). Strategi pendekatan sosial-kemasyarakatan merupakan strategi untuk memobilisasi dukungan masyarakat dalam Program Kependudukan dan KB. Karena masalah pembangunan kependudukan mempunyai dimensi-dimensi moral, maka strategi pendekatan yang sifatnya sosial-kemasyarakatan sangat diperlukan.

Dengan demikian dapat terhindar kesan bahwa masalah pembangunan kependudukan dan KB merupakan sesuatu yang semata-mata dipaksakan dari atas. Hal kedua, dalam hal yang sifatnya praktis operasional, pembangunan Program KB menggunakan berbagai pendekatan untuk memperjelas kelompok sasaran dan meningkatkan sarana yang diperlukan. Aspek yang pertama dikenal dengan sebutan **Strategi Panca Karya**. Hal ini untuk memperjelas kategorisasi kelompok sasaran, terutama dari segi pengelompokan usia, selain itu, strategi ini juga digunakan untuk

membangun lembaga strategis yang relevan bagi program pembangunan kependudukan.

Strategi pendekatan operasional yang lain mengambil bentuk, dalam nomenklatur BKKBN yaitu **Catur Bhava Utama**. Arah dari strategi ini adalah untuk mengembangkan metoda dan pemantapan sistem, meningkatkan jumlah dan kualitas tenaga lapangan, meningkatkan jumlah dan kualitas pelayanan gerakan kependudukan, dan memobilisasi dana agar program ini dapat berjalan dengan baik (BKKBN, 1992:21- 23).

Berdasarkan tinjauan historis tersebut, tampak dengan jelas bahwa kebijakan dan strategi pembangunan kependudukan bertumpu pada komitmen untuk menciptakan masyarakat yang bahagia dan sejahtera, kebijakan dan strategi pembangunan Program KB tetap berkembang secara dinamis, tergantung pada situasi sosiologis, ekonomis, dan politis yang dihadapi pada setiap periode.

2.2 Perjalanan Program KB Masa Perintisan, Masa Perkembangan dan Masa Pelembagaan

Ada beberapa tahapan sejarah yang dapat digunakan untuk menggambarkan kilas balik perjalanan gerakan KB. Sebagaimana perjalanan gerakan social kemasyarakatan lainnya, gerakan KB berjalan melalui periode perintisan, perkembangan, dan pelembagaan (pemantapan). Yang pertama merujuk pada suatu masa dimana ide tentang penanganan masalah kependudukan dimulai dan disosialisasikan ke tengah-tengah masyarakat. Yang kedua merujuk pada masa ketika pemerintah meneguhkan komitmen politiknya untuk menangani masalah kependudukan secara lebih serius (*by design* dan tidak *ad hoc* sifatnya). Hal ini ditandai dengan memobilisasikan sumberdaya yang dimiliki untuk memperoleh dukungan masyarakat luas. Yang terakhir merujuk pada sebuah periode, dimana tahap-tahap kritis gerakan ini telah dilalui.

Dengan demikian, perkembangan itu memungkinkan pemerintah untuk mengintegrasikan program KB kedalam kebijakan pembangunan kependudukan yang mengarah pada pencapaian cita-cita masyarakat Indonesia yang sehat dan sejahtera.

1. Masa Perintisan (1950-1970)

Cikal-bakal gerakan KB bermula dari perhatian sejumlah individu tentang masalah yang mungkin timbul akibat dari pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali. Kalau di Inggris dan Amerika Serikat *Marie Slopes* dan *Marganth Singer* muncul! Sebagai tokoh terkemuka gerakan kependudukan, Indonesia pada awal tahun 1950-an mengenal *Dr. Sulianti Saroso* dan *Ny. Marsidab Soewito* sebagai dua orang figur yang ikut merintis program KB. Dengan cara masing-masing mereka melansir program untuk membatasi kelahiran. Guna mendukung ide tersebut, mereka mendirikan Yayasan Kesejahteraan Keluarga (YKK) pada 1952 di Yogyakarta (BKKBN, 1992:6; BKKBN, 1993:21).

Di Jakarta perhatian semacam itu juga berkembang diberbagai individu dan lembaga kesehatan. Dengan menggunakan, antara lain bagian kebidanan RSUP Ciptomangunkusumo sebagai basis utamanya, tokoh-tokoh seperti *Prof. Sarwono Pramrohardjo*, *Dr. H. M. Yudono*, *Dr. Koen S. Martiono*, dan *Dr. Soeharto* memelopori usaha pembatasan kelahiran (BKKBN, 1993:21. Selain itu juga dipengaruhi oleh kegiatan-kegiatan *International Planned Parenthood*, sejumlah individu memelopori berdirinya sebuah Klinik Keluarga Berencana pada tahun 1956. Termasuk sebagai perintis gerakan KB di masa-masa paling awal ini adalah *Dr. Hurustiati S.*, *Dr. Hanifa Wiknyosastro*, *Ny. Supeni*, *Ny. Hutasoit*, *Dr. Z. Kachman Masyhur*, *My. O. Admiral*, *Ny. Pesik*, dan *Dr. Satful Anwar* (BKKBN, 1992:6; BKKBN, 1993:21).

Kontak-kontak yang dilakukah secara lebih intensif dengan sejumlah tokoh dan lembaga luar negeri yang bergerak pada bidang yang sama mendorong terbentuknya Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) pada akhir 1957. Di antara mereka yang merintis berdirinya lembaga ini adalah *Dr. Soeharto, Nani Soewondo & H, Ny. H. Syamsuridjal, Ny. Pudjohutomo, dan Ny. M. Koem.*

Walaupun berjalan secara agak lamban (antara lain disebabkan oleh adanya pelarangan dari pemerintah pra Orde Baru untuk menyebarluaskan gagasan KB atas dasar KUHP/283) dalam beberapa tahun lembaga ini telah berhasil meresmikan cabang-cabangnya di sejumlah daerah, termasuk Bali (1959), Semarang (1963), Medan (1963) dan lain sebagainya. Pergantian pemerintahan yang terjadi pada pertengahan 1960-an telah ikut mempengaruhi perkembangan PKBI. Titik-balik itu dimulai dengan diakuinya secara hukum keberadaan organisasi ini sejak tahun 1967.

Sejak awal 1970-an, PKBI telah berkembang menjadi sebuah lembaga perintis untuk mempengaruhi tingkat kelahiran dengan KB sebagai agenda utamanya. Gerakan keluarga berencana ini, berbeda dengan kegiatan-kegiatan serupa yang masih menggunakan pendekatan tradisional, dilakukan secara medikal dengan memanfaatkan alat-alat kontrasepsi yang tersedia pada waktu itu (BKKBN, 1992:1-7; PKBI, 1982:21-33).

Tak dapat dipungkiri bahwa PKBI merupakan pelopor utama kegiatan KB, tetapi tonggak dari gerakan KB nasional, di mana pemerintah berperan secara aktif dan langsung, adalah berdirinya Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) pada 17 Oktober 1968. Lembaga ini bersifat semi pemerintah. Proses berdirinya lembaga ini, antara lain didorong oleh hasil kongres pertama PKBI pada tahun 1957 yang berkesimpulan bahwa

sebaiknya KB dijadikan program pemerintah" (BKKBN, 1994:15). Keinginan ini bertemu dengan sikap pemerintah Orde Baru yang mempunyai komitmen politik untuk dengan segera menangani masalah kependudukan.

Peristiwa sejarah penandatanganan deklarasi kependudukan sedunia oleh 30 kepala negara, termasuk Presiden Soeharto, pada tahun 1967, mempunyai keterikatan langsung. Sebab, sejak itulah kemudian persiapan-persiapan untuk mendirikan lembaga nasional yang menangani masalah kependudukan bergulir terus, antara lain melalui panitia-panitia *ad hoc* yang dibentuk K. H. Idham Chalid selaku Menteri Kesejahteraan Rakyat yang bertugas merumuskan perangkat lunak dari kelembagaan yang dimaksud.

Lembaga ini bersifat pemula selama keberadaannya, hingga tahun 1970, kegiatannya lebih dititik beratkan pada dua hal: menangani termasuk mengenalkan keluarga berencana dan mengelola dana. Dengan struktur organisasi kelembagaan yang ada, LKBN dianggap memadai untuk menangani masalah kependudukan waktu itu. Dengan perkembangan waktu pemerintah semakin menyadari bahwa persoalan kependudukan hendaknya ditangani secara lebih integratif. Sebab, perlu dipahami bahwa masalah Keluarga Berencana bukan hanya persoalan medis, tetapi juga menyangkut tema-tema lain seperti kesejahteraan, kesehatan, dan sebagainya.

Atas pertimbangan tersebut pemerintah merasa perlu dikembangkannya LKBN menjadi sebuah lembaga yang secara integratif mampu menjalankan kebijakan kependudukan secara sistematis dan menyeluruh. Atas dasar pemikiran seperti inilah, LKBN dikembangkan menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada tahun 1970 dengan munculnya kepemimpinan Orde Baru, persepsi pemerintah

tentang persoalan kependudukan berubah dari pihak yang berdiri di simpang jalan (*by stander*) menjadi pelaku utama program KB.

Dalam konteks ini, ada sejumlah peristiwa langsung ataupun tidak yang mempengaruhi perubahan sikap yaitu semakin disuarakannya makna strategis pembangunan keluarga secara berencana dalam konteks pembangunan nasional. Hal seperti ini nampak, antara lain, dalam simposium tentang kontrasepsi dan kongres PKBI pada 1967. Di dalam kongresnya yang pertama itu PKBI mengeluarkan beberapa pernyataan penting. Antara lain tentang (1) perlunya KB dijadikan program pemerintah; dan (2) kesanggupan PKBI untuk membantu pelaksanaan program tersebut.

Komitmen pemerintah untuk menjadikan program keluarga berencana sebagai bagian dari pembangunan, menuntut disempurnakannya kelembagaan LKBN. Atas dasar itu, pada 1970 lembaga ini diubah menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), melalui Keputusan Presiden No. 8/1970. Keberadaan lembaga terutama yang menyangkut aspek kelembagaan, jaringan dan cara kerja serta wilayah garapan ini terus disempurnakan melalui Keputusan Presiden No. 33/1972, No. 38/1978, No. 64/1983, dan No. 109/1993 (BKKBN, 1990: 17-24; BKKBN, 1994:17-29).

Dengan jaringan kelembagaan yang demikian luas, BKKBN berfungsi sebagai badan pemerintah yang bertanggung jawab atas segala persoalan yang berkaitan dengan program keluarga berencana khususnya, dan pembangunan kependudukan pada umumnya.

Masa Pengembangan

Ada beberapa hal yang dapat dikemukakan sebagai ciri utama dari gerakan KB pada periode ini, yang berbeda dengan periode sebelumnya

(masa perintisan). Perbedaan paling utama adalah, kalau pada masa perintisan perhatian terhadap pembangunan kependudukan (dengan KB sebagai agenda utamanya) masih terfokus pada usaha mengembangkan kesadaran masyarakat tentang perlunya KB, pada masa perkembangan perhatian sudah diarahkan pada upaya untuk merealisasikan program kependudukan.

Secara garis besar dapat dikatakan bahwa pada masa perkembangan ini operasionalisasi gerakan KB diwarnai oleh dua aspek yang menonjol. : yang pertama menyangkut upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang arti penting dari program keluarga berencana. Aspek yang kedua merupakan pelaksanaan konkrit dari program KB itu sendiri dengan menggunakan pelayanan-pelayanan medis yang tersedia.

Upaya untuk menumbuhkan kesadaran masyarakat telah dimulai sejak masa perintisan gerakan KB. Meskipun demikian, proses penyadaran ini tetap dilakukan ketika gerakan ini memasuki fase kedua (masa perkembangan). Kalau pada masa perintisan, upaya untuk menumbuhkan kesadaran masyarakat masih dilakukan secara diam-diam dan kurang terencana, pada masa perkembangan proses penyadaran masyarakat ini dilakukan secara lebih terbuka dan sistematis agar masyarakat, khususnya kelompok sasaran KB, tidak hanya tergerak untuk menjadi peserta program ini, tetapi sekaligus bertindak sebagai penganjur dan penggerak program kependudukan itu sendiri.

Dalam konteks seperti itu, BKKBN memunculkan berbagai kegiatan penerangan dan pendidikan, seperti KIE komunikasi, informasi, dan edukasi. Kegiatan ini pada dasarnya dimaksudkan untuk mendorong terjadinya proses perubahan pengetahuan, sikap dan tingkah laku masyarakat terhadap program KB nasional, sehingga secara mandiri dapat mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera sebagai suatu

norma yang melembaga dan membudaya dalam masyarakat. (BKKBN, 1994:31)

Kegiatan KIE ini juga dilaksanakan dengan memperhatikan kesiapan masyarakat untuk menerima pesan-pesan tentang keluarga berencana. Ide pokoknya adalah bahwa KIE dimaksudkan untuk menumbuhkan pengertian masyarakat tentang program keluarga berencana. Secara edukatif dan persuasif, kegiatan ini diarahkan untuk menjelaskan perlunya membangun keluarga kecil dan sejahtera. Untuk mencapai tujuan tersebut, KIE dilakukan dengan mengambil bentuk penerangan massa, penerangan kelompok, dan wawancara muka.

Pada masa ini mulai mengajak para tokoh masyarakat dan pemuka agama untuk ikut mensosialisasikan arti penting program keluarga berencana dalam konteks pembangunan nasional secara menyeluruh. Tak kalah pentingnya adalah bahwa pada masa perkembangan ini KIE telah pula disosialisasikan dengan menggunakan sarana media yang ada, baik elektronik maupun cetak. Sejak kurun 1970-an kita lihat berbagai macam KIE tentang program KB yang dilakukan melalui media cetak (koran, majalah, dan sebagainya), dan elektronik (radio, TV, video).

Menurut catatan BKKBN, tak kurang dari 50-an episode drama TV mengenai KB telah ditayangkan. Belum lagi penerangan tentang KB melalui RRI, seperti dalam acara "Butir-Butir Pasir Di Laut" yang memperoleh penghargaan dari luar negeri itu (BKKBN, 1994:32). Makna strategis dari kegiatan penerangan dan pendidikan pada masa perkembangan ini adalah pematangan kondisi untuk penerimaan norma keluarga kecil yang mandiri dan sejahtera.

Periode ini juga ditandai dengan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan dibidang kontrasepsi, baik dari segi cara maupun sarana.

Berbagai macam jenis peralatan kontrasepsi diperkenalkan agar para peserta KB lebih leluasa memilih alat-alat yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

Masa Pelembagaan (sejak tahun 1990)

Salah satu hasil penting yang dicapai pada periode perkembangan (1970-1990) adalah pematangan kondisi masyarakat untuk menerima konsep keluarga kecil dan sejahtera. Selama masa perintisan dan pengembangan telah berhasil menanamkan konsep keluarga kecil di tengah masyarakat dengan menumbuhkan kesadaran dan membina kesertaan KB serta pengembangan lembaga pengelola KB, pemerintah dan swasta, sampai ke tingkat pedesaan.

Kemajuan tersebut telah mengantar bangsa Indonesia memasuki tahapan baru, yaitu periode Kebangkitan Gerakan KB Tahap Kedua, yang perlu diisi dengan berbagai upaya pembangunan keluarga yang sejahtera, menuju terwujudnya keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera sebagai tujuan akhir gerakan KB nasional. Pada periode kelembagaan ini Program KB beralih menjadi "gerakan.", yang membedakan dengan masa-masa sebelumnya adalah bahwa pada tahap pelembagaan ini spektrum gerakan KB menjadi lebih kompleks, kendatipun masih tetap didasarkan atas dasar-dasar pemikiran (filosofi) yang sama.

Pada periode ini tema-tema yang dikembangkan selain kegiatan-kegiatan KB yang bersifat rutin dan konvensional mencakup ruang lingkup yang lebih luas. Antara lain, dengan diluncurkannya program "Kampanye Ibu Sehat Sejahtera" (KISS), "Kampanye Keluarga Kecil Sejahtera" (KKS), "Kampanye Keluarga Kecil Mandiri" (KKM), dan "Kampanye Peningkatan Koordinasi, Keterpaduan, dan Mutu Pelayanan Program."

Selain itu, tema-tema "Lingkaran Emas (LIMAS), "Lingkaran Biru" (LIBI), "Gerakan Ibu Sehat Sejahtera" (GISS), yang sejak 1993 menggantikan fungsi program KISS, juga mewarnai kegiatan pembangunan Program KB pada periode ini.

2.3 Keluarga Berencana (KB)

A. Konsep Keluarga Berencana

1. Pengertian

Menurut *World Health Organisation (WHO) expert committee* 1997: keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Suratun, 2008).

Keluarga berencana menurut Undang-Undang no 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Arum, 2008). Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Mochtar, 1998).

Secara umum keluarga berencana dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan

tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan aborsi (Suratun, 2008).

2. Tujuan Keluarga Berencana

Gerakan KB dan pelayanan kontrasepsi memiliki tujuan:

- a. Tujuan demografi yaitu mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk (LLP) dan hal ini tentunya akan diikuti dengan menurunnya angka kelahiran atau TFR (Total Fertility Rate) dari 2,87 menjadi 2,69 per wanita (Hanafi, 2002). Pertambahan penduduk yang tidak terkendalikan akan mengakibatkan kesengsaraan dan menurunkan sumber daya alam serta banyaknya kerusakan yang ditimbulkan dan kesenjangan penyediaan bahan pangan dibandingkan jumlah penduduk. Hal ini diperkuat dengan teori Malthus (1766-1834) yang menyatakan bahwa pertumbuhan manusia cenderung mengikuti deret ukur, sedangkan pertumbuhan bahan pangan mengikuti deret hitung.
- b. Mengatur kehamilan dengan menunda perkawinan, menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan bila dirasakan anak telah cukup.
- c. Mengobati kemandulan atau infertilitas bagi pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun tetapi belum juga mempunyai keturunan, hal ini memungkinkan untuk tercapainya keluarga bahagia.
- d. *Married Conseling* atau nasehat perkawinan bagi remaja atau pasangan yang akan menikah dengan harapan bahwa pasangan

akan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang cukup tinggi dalam membentuk keluarga yang bahagia dan berkualitas.

- e. Tujuan akhir KB adalah tercapainya NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera) dan membentuk keluarga berkualitas, keluarga berkualitas artinya suatu keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan dan produktif dari segi ekonomi (Suratun, 2008).

3. Sasaran program KB

a. Sasaran Langsung

Pasangan usia subur yaitu pasangan yang wanitanya berusia antara 15 - 49 tahun, Karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. PUS diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilisasi (Suratun, 2008).

b. Sasaran Tidak Langsung

- 1) Kelompok remaja usia 15-19 tahun, remaja ini memang bukan merupakan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung tetapi merupakan kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual akibat telah berfungsinya alat-alat reproduksinya. Sehingga program KB disini lebih berupaya promotif dan preventif untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta kejadian aborsi.
- 2) Organisasi-organisasi, lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi-instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (alim ulama, wanita, dan pemuda), yang diharapkan dapat memberikan dukungannya dalam pelebagaan NKKBS (Hartanto, 2004).

- 3) Sasaran wilayah dengan laju pertumbuhan penduduk yang tinggi (Prawi-rohardjo, 2005).

4. Manfaat Usaha KB dipandang dari segi kesehatan

Peningkatan dan perluasan pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan yang dialami wanita (Suratun, 2008).

B. Akseptor Keluarga Berencana

1. Pengertian

Akseptor Keluarga Berencana (KB) adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang menggunakan salah satu alat/obat kontrasepsi (BKKBN, 2007)

2. Jenis-jenis Akseptor KB

- a. Akseptor Aktif adalah: Akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara/alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.
- b. Akseptor Aktif Kembali adalah : Pasangan Usia Subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama tiga bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti/istirahat kurang lebih tiga bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.
- c. Akseptor KB Baru adalah: Akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat/obat kontrasepsi atau PUS yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

- d. Akseptor KB Dini adalah: Para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
- e. Akseptor Langsung : Para Istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.
- f. Akseptor dropout adalah: Akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (BKKBN, 2007).

C. Pengertian Pasangan Usia Subur

Pasangan usia subur yaitu pasangan yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, Karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. PUS diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilisasi (Suratun, 2008).

Pasangan usia subur yaitu pasangan yang istrinya berumur 15-49 tahun atau pasangan suami-istri berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih haid (datang bulan) (BKKBN, 2009).

D. Kontrasepsi

1. Pengertian

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka

yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan (Suratun, 2008).

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya itu dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen. Penggunaan kontrasepsi merupakan variabel yang mempengaruhi fertilitas (Prawirohardjo, 2005). Kontrasepsi atau antikonsepsi (*conception control*) adalah cara untuk mencegah terjadinya konsepsi, alat atau obat-obatan (Mochtar, 1998).

2. Akseptor KB menurut sasarannya

Akseptor KB menurut sasarannya terbagi menjadi tiga fase yaitu

a. Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama, sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena umur dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR dan cara sederhana.

b. Fase mengatur/menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Umur terbaik bagi ibu untuk melahirkan adalah usia antara 20-30 tahun. Kriteria kontrasepsi yang perlukan yaitu : efektifitas tinggi, *reversibilitas* tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi, dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan,

serta tidak menghambat produksi air susu ibu (ASI). Kontrasepsi yang cocok dan disarankan menurut kondisi ibu yaitu : AKDR, suntik KB, Pil KB atau Implan

c. Fase mengakhiri kesuburan/tidak hamil lagi

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil lagi. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Disamping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontap, AKDR, Implan, Suntik KB dan Pil KB (Suratun, 2008).

3. Syarat-Syarat Kontrasepsi

Hendaknya Kontrasepsi memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

- a. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya
- b. Efek samping yang merugikan tidak ada
- c. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan
- d. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan
- e. Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya
- f. Cara penggunaannya sederhana
- g. Harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas
- h. Dapat diterima oleh pasangan suami istri (Mochtar, 1998).

4. Cara-cara kontrasepsi

Cara-cara kontrasepsi dapat dibagi menjadi beberapa metode :

- a. Pembagian menurut jenis kelamin pemakai
 - 1) Cara atau alat yang dipakai oleh suami (pria)
 - 2) Cara atau alat yang dipakai oleh istri (wanita)

b. Menurut pelayanannya

- 1) Cara medis dan non-medis
- 2) Cara klinis dan non-klinis

c. Pembagian menurut efek kerjanya

- 1) Tidak mempengaruhi fertilitas
- 2) Menyebabkan infertilitas temporer (sementara)
- 3) Kontrasepsi permanen dengan infertilitas menetap

d. Pembagian menurut cara kerja alat/cara kontrasepsi

- 1) Menurut keadaan biologis: senggama terputus, metode kalender, suhu badan dll
- 2) Memakai alat mekanis : kondom, diafragma,
- 3) Memakai obat kimiawi : spermisida
- 4) Kontrasepsi intrauterina : IUD
- 5) Hormonal : pil KB, suntikan KB, dan alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK)
- 6) Operatif : tubektomi dan vasektomi

f. Pembagian umum dan banyak dipakai adalah

- 1) Metode merakyat : senggama terputus, pembilasan pasca senggama, perpanjangan masa laktasi
- 2) Metode tradisional : pantang berkala, kondom, diafragma dan spermisida
- 3) Metode moderen a) Kontrasepsi hormonal : pil KB, suntik KB, alat kontrasepsi bawah kulit.

g) Kontrasepsi intrauterina : IUD

h) Metode permanen operasi : tubektomi pada wanita dan vasektomi pada pria (Mochtar, 1998).

E. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi PUS Tidak Menggunakan Alat Kontrasepsi

Beberapa hal yang merupakan faktor sehingga pasangan usia subur tidak menggunakan alat kontrasepsi antara lain:

1. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007) Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan itu terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar penginderaan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan adalah Hasil tau dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “what”, misalnya, apa air, apa manusia, apa alam dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005). Menurut Soekidjo Notoadmodjo, pengetahuan dibagi menjadi enam tingkatan yang tercakup dalam domain kognitif yaitu :

a. Tahu (know)

Dapat diartikan sebagai mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu (*know*) ini merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah faham terhadap objek atau materi tersebut harus dapat menyimpulkan dan

menyebutkan contoh, menjelaskan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus dan metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Arti dari analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti menggambar (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian kepada suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada, misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggu-

nakan kriteria-kriteria yang telah ada misalnya dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

2. Efek Samping

Efek samping adalah perubahan fisik atau psikis yang timbul akibat dari penggunaan alat/obat kontrasepsi, tetapi tidak berpengaruh serius terhadap kesehatan klien (BKKBN, 2002)

Menurut Hartanto (2004), dengan belum tersedianya metode kontrasepsi yang benar-benar 100% sempurna, maka ada 3 (tiga) hal yang sangat penting untuk diketahui oleh calon akseptor KB yakni: efektivitas, keamanan dan efek samping. Reaksi efek samping yang sering terjadi sebagai akibat penggunaan alat kontrasepsi adalah:

- a) Gangguan Haid (*Amenorrhoe*): tidak datangnya haid setiap bulan pada akseptor KB yang menggunakan suntik KB 3 (tiga) bulan berturut-turut.
- b) Perubahan Berat Badan: biasanya kenaikan berat badan lebih sering disebabkan karena pemakaian alat kontrasepsi pil dibanding suntik KB.
- c) Pusing dan Sakit Kepala: timbul rasa sakit pada kepala namun ini hanya bersipat sementara (Hartanto, 2004).

3. Pendapatan Keluarga

Pendapatan adalah jumlah penghasilan seluruh anggota keluarga. Pendapatan berhubungan langsung dengan kebutuhan-kebutuhan keluarga, penghasilan yang tinggi dan teratur membawa dampak positif bagi keluarga karena keseluruhan kebutuhan sandang, pangan, papan dan transportasi serta kesehatan dapat terpenuhi. Namun tidak demikian

dengan keluarga yang pendapatannya rendah akan mengakibatkan keluarga mengalami kerawanan dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya yang salah satunya adalah pemeliharaan kesehatan (Keraf, 2001).

4. Agama

Agama adalah Merupakan keyakinan yang dianut seseorang yang dijadikan pegangan dalam menjalani kehidupan. Agama menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah suatu prinsip kepercayaan kepada Tuhan, atau juga disebut dengan nama Dewa atau nama lainnya dengan ajaran kebhaktian dan kewajiban-kewajiban yang bertalian dengan kepercayaan tersebut.

Para pemuka agama menyadari bahwa dalam membangun bangsa, pengaturan masalah kependudukan merupakan masalah utama yang perlu ditangani dengan cermat. Mereka memahami bahwa KB tidak bertentangan dengan agama dan merupakan salah satu upaya untuk memerangi kemiskinan, kebodohan, keterbelakangan dan ketidakpedulian masyarakat.

Agama-agama di Indonesia umumnya mendukung KB. Agama Hindu memandang bahwa setiap kelahiran harus membawa manfaat. Untuk itu kelahiran harus diatur jaraknya dengan berKB. Agama Buddha, yang memandang setiap manusia pada dasarnya baik, tidak melarang umatnya berKB demi kesejahteraan keluarga. Agama Kristen Protestan tidak melarang umatnya berKB. Namun sedikit berbeda dengan agama Katolik yang memandang kesejahteraan keluarga diletakkan dan diwujudkan dalam pemahaman sesuai dengan kehendak Allah.

Untuk mengatur kelahiran anak, suami-istri harus tetap menghormati dan mentaati moral Katolik dan umat Katolik dibolehkan berKB dengan

metode alami yang memanfaatkan masa tidak subur. Jadi jelas bahwa Islam membolehkan KB karena penting untuk menjaga kesehatan ibu dan anak, menunjang program pembangunan kependudukan lainnya dan menjadi bagian dari hak asasi manusia.

Program KB di Indonesia, seperti halnya negara Islam lain, adalah untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup penduduknya dan agama bukan penghambat untuk mencapai cita-cita ini. Mengingat peran penting tokoh agama dalam mendukung Program KB Nasional, BKKBN di semua tingkat hendaknya memperkuat kemitraannya dengan mereka. Tokoh-tokoh agama yang muda melalui lembaga masing-masing atau bersama-sama agar diberdayakan dan diajak serta dalam mendukung program KB Nasional (Samekto, 2008).

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Berdasarkan penelitian, terdapat 3.6 juta kehamilan tidak direncanakan setiap tahunnya di Amerika Serikat, separuh dari kehamilan yang tidak direncanakan ini terjadi karena pasangan tersebut tidak menggunakan alat pencegah kehamilan, dan setengahnya lagi menggunakan alat kontrasepsi tetapi tidak benar cara penggunaannya.

Metode kontrasepsi bekerja dengan dasar mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim. Kontrasepsi dapat reversible (kembali) atau permanen (tetap). Kontrasepsi yang reversible adalah metode kontrasepsi yang dapat dihentikan setiap saat tanpa efek lama di dalam mengembalikan

kesuburan atau kemampuan untuk punya anak lagi. Metode kontrasepsi permanen atau yang kita sebut sterilisasi adalah metode kontrasepsi yang tidak dapat mengembalikan kesuburan dikarenakan melibatkan tindakan operasi.

Metode kontrasepsi juga dapat digolongkan berdasarkan cara kerjanya yaitu metode barrier (penghalang), sebagai contoh, kondom yang menghalangi sperma; metode mekanik seperti IUD; atau metode hormonal seperti pil. Metode kontrasepsi alami tidak memakai alat-alat bantu maupun hormonal namun berdasarkan fisiologis seorang wanita dengan tujuan untuk mencegah fertilisasi (pembuahan).

Faktor yang mempengaruhi pemilihan kontrasepsi adalah efektivitas, keamanan, frekuensi pemakaian dan efek samping, serta kemauan dan kemampuan untuk melakukan kontrasepsi secara teratur dan benar. Selain hal tersebut, pertimbangan kontrasepsi juga didasarkan atas biaya serta peran dari agama dan kultur budaya mengenai kontrasepsi tersebut. Faktor lainnya adalah frekuensi bersenggama, kemudahan untuk kembali hamil lagi, efek samping kelaktasi, dan efek dari kontrasepsi tersebut di masa depan. Sayangnya, tidak ada metode kontrasepsi, kecuali abstinensia (tidak berhubungan seksual), yang efektif mencegah kehamilan 100%.

Bermacam-macam metode kontrasepsi

Seorang wanita dapat tetap menjadi hamil bila :

1. Melakukan coitus interruptus
2. Menyusui
3. Saat pertama kali berhubungan seksual
4. Bila wanita tidak orgasme
5. Memakai douches (memasukkan cairan kimia atau spermisida ke dalam vagina)
6. Posisi apapun dalam berhubungan seks

Kontrasepsi untuk wanita usia lanjut

Semakin bertambah usia maka terdapat perubahan dari periode menstruasi. Ketika darah haid akhirnya berhenti, maka seorang wanita memasuki masa menopause. Bagaimanapun juga, kontrasepsi sebaiknya digunakan sampai wanita tidak mendapatkan menstruasi atau darah haid selama 2 tahun jika usia kurang dari 50 tahun atau 1 tahun jika usia lebih dari 50 tahun.

Metode kontrasepsi terdiri dari :

1. Kontrasepsi hormonal. Kontrasepsi oral kombinasi, Kontrasepsi oral progestin, Kontrasepsi suntikan progestin, Kontrasepsi suntikan estrogen-progesteron, Implant progestin, Kontrasepsi Patch.
 - Kontrasepsi barrier (penghalang)
 - Kondom (pria dan wanita)
2. Diafragma dan cervical cap
3. Spermisida
4. IUD (spiral)
5. Perencanaan keluarga alami
6. Penarikan penis sebelum terjadinya ejakulasi
7. Metode amenorea menyusui
8. Kontrasepsi darurat
 - Kontrasepsi darurat hormonal
 - Kontrasepsi darurat IUD
9. Sterilisasi
 - Vasektomi
 - Ligasi tuba

Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi ini tersedia dalam bentuk oral, suntikan, dan mekanik. Kontrasepsi oral adalah kombinasi dari hormon estrogen dan progestin atau hanya progestin-mini pil. Suntikan dan kontrasepsi implant (mekanik) mengandung progestin saja atau kombinasi progestin dan estrogen.

Kontrasepsi oral kombinasi (pil), mengandung sintetik estrogen dan preparat progestin yang mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur) melalui penekanan hormon LH dan FSH, mempertebal lendir mukosa servikal (leher rahim), dan menghalangi pertumbuhan lapisan endometrium. Pil kombinasi ada yang memiliki estrogen dosis rendah dan ada yang mengandung estrogen dosis tinggi. Estrogen dosis tinggi biasanya diberikan kepada wanita yang mengkonsumsi obat tertentu (terutama obat epilepsy).

Selain untuk kontrasepsi, oral kombinasi dapat digunakan untuk menangani dismenorea (nyeri saat haid), menoragia, dan metroragia. Oral kombinasi tidak direkomendasikan untuk wanita menyusui, sampai minimal 6 bulan setelah melahirkan. Pil kombinasi yang diminum oleh ibu menyusui bisa mengurangi jumlah air susu dan kandungan zat lemak serta protein dalam air susu. Hormon dari pil terdapat dalam air susu sehingga bisa sampai ke bayi. Karena itu untuk ibu menyusui sebaiknya diberikan tablet yang hanya mengandung progestin, yang tidak mempengaruhi pembentukan air susu.

Wanita yang tidak menyusui harus menunggu setidaknya 3 bulan setelah melahirkan sebelum memulai oral kombinasi karena peningkatan risiko terbentuknya bekuan darah di tungkai. Apabila 1 pil lupa diminum, 2 pil harus diminum sesegera mungkin setelah ingat, dan pack tersebut harus dihabiskan seperti biasa. Bila 2 atau lebih pil lupa diminum, maka pack

pil harus tetap dihabiskan dan metode kontrasepsi lain harus digunakan, seperti kondom untuk mencegah kehamilan.

Jika menstruasi terakhir terjadi dalam waktu kurang dari 12 minggu setelah persalinan, maka pil KB bisa langsung digunakan. Jika menstruasi terakhir terjadi dalam waktu 12-28 minggu, maka harus menunggu 1 minggu sebelum pil KB mulai digunakan, sedangkan jika menstruasi terakhir terjadi dalam waktu lebih dari 28 minggu, harus menunggu 2 minggu sebelum pil KB mulai digunakan. Pil KB tidak berpengaruh terhadap obat lain, tetapi obat lain (terutama obat tidur dan antibiotik) bisa menyebabkan berkurangnya efektivitas dari pil KB. Obat anti-kejang (fenitoin dan fenobarbital) bisa menyebabkan meningkatkan perdarahan abnormal pada wanita pemakai pil KB.

Beberapa kondisi dimana kontrasepsi oral kombinasi tidak boleh digunakan pada wanita, dengan :

- menyusui atau kurang dari 6 minggu setelah melahirkan
- usia >35 tahun dan merokok 15 batang sehari
- faktor risiko multipel untuk penyakit jantung (usia tua, merokok, diabetes, hipertensi)
- tekanan darah sistolik ≥ 160 atau TD diastolik ≥ 100 mmHg
- riwayat trombosis vena dalam atau emboli paru
- operasi besar dengan istirahat lama di tempat tidur
- riwayat sakit jantung iskemik
- stroke
- penyakit jantung katup komplikasi
- migrain dengan gejala neurologi fokal (dengan aura)
- migrain tanpa gejala neurologi fokal dan usia = 35 tahun
- riwayat kanker payudara

- diabetes dengan nefropati, retinopati, neuropati, penyakit vaskular, atau diabetes > 20 tahun
 - sirosis berat
 - kanker hati
- a) Efektivitas : kehamilan terjadi pada 0,1 – 5 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
- b) Keuntungan : sangat efektif, mencegah kanker indung telur dan kanker endometrium, menurunkan ketidakteraturan menstruasi dan anemia yang berkaitan dengan menstruasi, menghaluskan kulit dengan jerawat sedang
- c) Kerugian : tidak direkomendasikan untuk menyusui, tidak melindungi dari Penyakit Menular Seksual (PMS), harus diminum setiap hari, membutuhkan resep dokter
- d) Efek samping lokal : mual, nyeri tekan pada payudara, sakit kepala
Efek samping : perdarahan tidak teratur (umumnya menghilang setelah 3 bulan pemakaian), meningkatkan tekanan darah (dapat kembali normal bila oral kombinasi dihentikan), bekuan darah pada vena tungkai (3-4 kali pada pil KB dosis tinggi), meningkatkan faktor risiko penyakit jantung, risiko stroke (pada wanita usia > 35 tahun).
- e) Pengembalian kesuburan : ketika dihentikan maka kesuburan akan kembali seperti semula.

Kesuburan ini bervariasi, dalam waktu 3-12 bulan setelah dihentikan maka tidak ada perbedaan kesuburan antara wanita yang memakai kontrasepsi oral dan yang tidak. Kontrasepsi oral progestin (pil), mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur), mempertebal lendir mukosa leher rahim, mengganggu pergerakan silia saluran tuba, dan menghalangi

pertumbuhan lapisan endometrium. Keefektifan berkurang bila pil tidak diminum di waktu yang sama setiap harinya. Kontrasepsi ini diberikan pada wanita yang menginginkan kontrasepsi oral namun tidak bisa menggunakan oral kombinasi karena pengaruh estrogen dapat membahayakan, misalnya pada wanita yang sedang menyusui.

1. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 0,5 – 5 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
2. Keuntungan : mula kerja cepat (24 jam setelah pemakaian pil), menurunkan kejadian menoragia dan anemia. Dapat digunakan pada wanita menyusui. Mencegah terjadinya kanker endometrium, tidak memiliki efek samping yang berkaitan dengan estrogen (bekuan darah di vena tungkai)
3. Kerugian : harus diminum di waktu yang sama setiap hari, kurang efektif dibandingkan oral kombinasi, membutuhkan resep dokter
4. Efek samping : penambahan berat badan, jerawat, kecemasan, angka kejadian terjadinya perdarahan tidak teratur tinggi

Pengembalian kesuburan cepat ketika pil dihentikan Kontrasepsi suntikan progestin

Mencegah kehamilan dengan mekanisme yang sama seperti progestin pil namun kontrasepsi ini menggunakan suntikan intramuskular dalam otot (bokong atau lengan atas). Yang sering digunakan adalah medroxy progesterone asetat (Depo-Provera), 150 mg yang diberikan setiap 3 bulan.

1. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 0,3 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
2. Keuntungan : mula kerja cepat dan sangat efektif, bekerja dalam waktu lama, tidak mengganggu menyusui, dapat dipakai segera setelah keguguran atau setelah masa nifas,

3. Kerugian : suntikan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan secara teratur, tidak melindungi dari PMS,
4. Efek samping lokal : peningkatan berat badan, rambut rontok
5. Efek samping : tulang menjadi keropos, kelainan metabolisme lemak, ketidakteraturan menstruasi termasuk menometroragi (umumnya beberapa bulan pertama) dan amenorea (1 tahun pertama), jika pemakaian suntikan KB dihentikan, siklus menstruasi yang teratur akan kembali terjadi dalam waktu 6 bulan-1 tahun
5. Pengembalian kesuburan 5-7 bulan setelah penghentian suntikan
- Efek samping : tulang menjadi keropos, kelainan metabolisme lemak, ketidakteraturan menstruasi termasuk menometroragi (umumnya beberapa bulan pertama) dan amenorea (1 tahun pertama), jika pemakaian suntikan KB dihentikan, siklus menstruasi yang teratur akan kembali terjadi dalam waktu 6 bulan-1 tahun.

Kontrasepsi suntikan estrogen-progesteron, suntikan ini diberikan secara intramuskular setiap bulan, mengandung 25 mg depo medroxyprogesteron asetat dan 5 mg estradiol cypionat. Mekanisme kerja, efek samping, kriteria, dan keamanan sama seperti kontrasepsi oral kombinasi. Siklus menstruasi terjadi lebih stabil setiap bulan. Pengembalian kesuburan tidak selama kontrasepsi suntikan progestin.

Implant progestin, kapsul plastik, tipis, fleksibel, yang mengandung 36mg levonorgestrel yang dimasukkan ke dalam kulit lengan wanita. Setelah diberi obat bius, dibuat sayatan dan dengan bantuan jarum dimasukkan kapsul implan. Tidak perlu dilakukan penjahitan. Kapsul ini melepaskan progestin ke dalam aliran darah secara perlahan dan biasanya dipasang selama 5 tahun. Mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur), mempertebal

lendir mukosa leher rahim, mengganggu pergerakan saluran tuba, dan menghalangi pertumbuhan lapisan endometrium. Kontrasepsi ini efektif dalam waktu 48 jam setelah diimplan dan efektif selama 5-7 tahun.

- a. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 0,05 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
- b. Keuntungan : sangat efektif, bekerja untuk jangka waktu lama
- c. Kerugian : membutuhkan prosedur operasi kecil untuk pemakaian dan pelepasan, tidak melindungi dari PMS
- d. Efek samping lokal : sakit kepala, payudara menjadi keras, peningkatan berat badan, kerontokan rambut, jerawat, perubahan mood
- e. Efek samping : gangguan metabolisme lemak, hirsutisme, gangguan menstruasi (memanjang, tidak teratur)
- f. Kesuburan baru kembali 1 bulan setelah kapsul diambil

Kontrasepsi Patch, patch ini didesain untuk melepaskan 20 μ g ethinyl estradiol dan 150 μ g norelgestromin. Mencegah kehamilan dengan cara yang sama seperti kontrasepsi oral (pil). Digunakan selama 3 minggu, dan 1 minggu bebas patch untuk siklus menstruasi.

1. Kontrasepsi Barrier (penghalang)

Kondom (pria dan wanita) adalah metode yang mengumpulkan air mani dan sperma di dalam kantung kondom dan mencegahnya memasuki saluran reproduksi wanita. Kondom pria harus dipakai setelah ereksi dan sebelum alat kelamin pria penetrasi ke dalam vagina yang meliputi separuh bagian penis yang ereksi. Tidak boleh terlalu ketat (ada tempat kosong di ujung untuk menampung sperma). Kondom harus dilepas setelah ejakulasi.

Cara pemakaian kondom :

- Gunakan kondom setiap kali berhubungan seksual
 - Buka kondom secara perlahan untuk mencegah kerusakan (jangan menggunakan gigi atau benda tajam)
 - Pasang kondom dalam keadaan penis ereksi dan sebelum kontak dengan pasangan
 - Pastikan tidak ada udara yang terjebak di ujung kondom
 - Pastikan penggunaan pelumas yang cukup (dapat menggunakan pelumas tambahan)
 - Gunakan hanya pelumas dengan bahan dasar air ketika menggunakan kondom (pelumas dengan bahan dasar minyak dapat melemahkan lateks)
 - Pegang kondom dengan hati-hati setelah ejakulasi, dan untuk mencegah terlepasnya kondom, keluarkan kondom dari vagina dalam keadaan penis ereksi
1. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 3-14 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
 2. Keuntungan : dapat digunakan selama menyusui, satu-satunya kontrasepsi yang mencegah PMS, infeksi GO, klamidia
 3. Kerugian : kegagalan tinggi bila tidak digunakan dengan benar, alergi lateks pada orang yang sensitif

Diafragma dan cervical cap, kontrasepsi penghalang yang dimasukkan ke dalam vagina dan mencegah sperma masuk ke dalam saluran reproduksi. Diafragma terbuat dari lateks atau karet dengan cincin yang fleksibel. Diafragma diletakkan posterior dari simfisis pubis sehingga serviks (leher rahim) tertutupi semuanya. Diafragma harus diletakkan minimal 6 jam setelah senggama. Cervical cap (penutup serviks) adalah kop bulat yang

diletakkan menutupi leher rahim dengan perlekatan di bagian forniks. Terbuat dari karet dan harus tetap di tempatnya lebih dari 48 jam.

1. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 6-40 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
2. Keuntungan : dapat digunakan selama menyusui, tidak ada risiko gangguan kesehatan, melindungi dari PMS
3. Kerugian : angka kegagalan tinggi, peningkatan risiko infeksi, membutuhkan evaluasi dari tenaga kesehatan, ketidaknyamanan

2. Spermisida

Agen yang menghancurkan membran sel sperma dan menurunkan motilitas (pergerakan sperma). Tipe spermisida mencakup foam aerosol, krim, vagina supositoria, jeli, sponge (busa) yang dimasukkan sebelum melakukan hubungan seksual. Terutama mengandung nonoxynol

1. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 6-26 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
2. Keuntungan : tidak mengganggu kesehatan, berfungsi sebagai pelumas, dapat mencegah PMS bakterial
3. Kerugian : angka kegagalan tinggi, dapat meningkatkan transmisi virus HIV, hanya efektif 1-2 jam

3. IUD (spiral)

Fleksibel, alat yang terbuat dari plastik yang dimasukkan ke dalam rahim dan mencegah kehamilan dengan cara mengganggu lingkungan rahim, yang menghalangi terjadinya pembuahan maupun implantasi. Spiral jenis copper T (melepaskan tembaga) mencegah kehamilan dengan cara mengganggu pergerakan sperma untuk mencapai rongga rahim dan dapat dipakai selama 10 tahun. Progestasert IUD (melepaskan progesteron)

hanya efektif untuk 1 tahun dan dapat digunakan untuk kontrasepsi darurat.

IUD dapat dipasang kapan saja selama periode menstruasi bila wanita tersebut tidak hamil. Untuk wanita setelah melahirkan, pemasangan IUD segera (10 menit setelah pengeluaran plasenta) dapat mencegah mudah copotnya IUD. IUD juga dapat dipasang 4 minggu setelah melahirkan tanpa factor risiko perforasi (robeknya rahim). Untuk wanita menyusui, IUD dengan progestin sebaiknya tidak dipakai sampai 6 bulan setelah melahirkan. IUD juga dapat dipasang segera setelah abortus spontan triwulan pertama, tetapi direkomendasikan untuk ditunda sampai involusi komplut setelah triwulan kedua abortus. Setelah IUD dipasang, seorang wanita harus dapat mengecek benang IUD setiap habis menstruasi. Kondisi dimana seorang wanita tidak seharusnya menggunakan IUD adalah :

- Kehamilan
- Sepsis
- Aborsi postseptik dalam waktu dekat
- Abnormalitas anatomi yang mengganggu rongga rahim
- Perdarahan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya
- Penyakit tropoblastik ganas
- Kanker leher rahim, kanker payudara, kanker endometrium
- Penyakit radang panggul
- PMS (premenstrual syndrome) 3 bulan terakhir dan imunokompromise (penurunan kekebalan tubuh)
- TBC panggul

1. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 0,3-0,8 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
2. Keuntungan : sangat efektif, bekerja cepat setelah dimasukkan ke dalam rahim. Bekerja dalam jangka waktu lama
3. Kerugian : risiko infeksi panggul, dismenorea (nyeri saat haid), menoragia pada bulan-bulan pertama, peningkatan risiko perforasi (robek) rahim, risiko kehamilan ektopik, IUD dapat lepas dengan sendirinya
4. Efek samping : nyeri, perdarahan, peningkatan jumlah darah menstruasi
5. Pengembalian kesuburan cepat setelah dilepaskan

4. Metode Ritmik

Metode ritmik adalah metode dimana pasangan suami istri menghindari berhubungan seksual pada siklus subur seorang wanita. Ovulasi (pelepasan sel telur dari indung telur) terjadi 14 hari sebelum menstruasi. Sel telur yang telah dilepaskan hanya bertahan hidup selama 24 jam, tetapi sperma bisa bertahan selama 3-4 hari setelah melakukan hubungan seksual. Karena itu pembuahan bisa terjadi akibat hubungan seksual yang dilakukan 4 hari sebelum ovulasi.

A. Metode ritmik kalender merupakan metode dimana pasangan menghindari berhubungan seksual selama periode subur wanita berdasarkan panjang siklus menstruasi, kemungkinan waktu ovulasi, jangka waktu sel telur masih dapat dibuahi, dan kemampuan sperma untuk bertahan di saluran reproduksi wanita. Periode subur seorang wanita dihitung dari : (siklus menstruasi terpendek – 18) dan (siklus menstruasi terpanjang ~ 11)

Contoh : bila siklus terpendek seorang wanita adalah 25 hari, dan siklus terpanjangnya 29 hari, maka periode suburnya adalah (25 – 18)

dan (29 – 11) yang berarti hubungan seksual tidak boleh dilakukan pada hari ke-7 sampai hari ke-18 setelah menstruasi.

B. Metode lendir serviks adalah metode mengamati kualitas dan kuantitas lendir serviks setiap hari. Periode subur ditandai dengan lendir yang jernih, encer, dan licin. Abstinensia (tidak melakukan hubungan seksual) diperlukan selama menstruasi, setiap hari selama periode preovulasi (berdasarkan lendir serviks), dan sampai waktu lendir masa subur muncul sampai 3 hari setelah lendir masa subur itu berhenti.

C. Metode pengukuran suhu tubuh berdasarkan perubahan temperatur. Pengukuran dilakukan pada suhu basal (suhu ketika bangun tidur sebelum beranjak dari tempat tidur. Suhu basal akan menurun sebelum ovulasi dan agak meningkat (kurang dari 1° Celsius) setelah ovulasi. Hubungan seksual sebaiknya tidak dilakukan sejak hari pertama menstruasi sampai 3 hari setelah kenaikan dari temperatur.

1. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 9-25 per 100 wanita pada 1 tahun penggunaan pertama
2. Keuntungan : tidak ada efek samping gangguan kesehatan, ekonomis
3. Kerugian : angka kegagalan tinggi, tidak melindungi dari PMS, menghambat spontanitas, membutuhkan siklus menstruasi teratur

5. Penarikan penis sebelum terjadinya ejakulasi

Disebut juga coitus interruptus. Pada metode ini, pria mengeluarkan/ menarik penisnya dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi (pelepasan sperma ketika mengalami orgasme). Metode ini kurang dapat diandalkan karena sperma bisa keluar sebelum orgasme juga memerlukan pengendalian diri yang tinggi serta penentuan waktu yang tepat.

6. Metode amenorea menyusui

Selama menyusui, penghisapan air susu oleh bayi menyebabkan perubahan hormonal dimana hipotalamus mengeluarkan GnRH yang menekan pengeluaran hormone LH dan menghambat ovulasi. Ini adalah metode yang efektif bila kriteria terpenuhi : menyusui setiap 4 jam pada siang hari, dan setiap 6 jam pada malam hari. Makanan tambahan hanya diberikan 5-10% dari total.

1. Efektivitas : kehamilan terjadi pada 2 per 100 wanita pada 6 bulan setelah melahirkan, 6 per 100 wanita setelah 6-12 bulan setelah melahirkan
2. Keuntungan : pencegahan kehamilan segera setelah melahirkan, tidak mengganggu kesehatan, ekonomis, merangsang seorang wanita untuk menyusui
3. Kerugian : tidak sepenuhnya efektif, harus memenuhi criteria, tidak melindungi dari PMS

7. Kontrasepsi darurat

Kontrasepsi darurat hormonal aestrogen dosis tinggi atau progestin diberikan dalam waktu 72 jam setelah senggama tidak terproteksi, dengan cara kerja mencegah ovulasi dan menyebabkan perubahan di endometrium. 4 pil kombinasi yang mengandung 30-35 μ g ethinyl estradiol, diulangi 12 jam kemudian. 2 pil kombinasi mengandung 50 μ g levonorgestrel, diulangi 12 jam kemudian. Tidak boleh digunakan pada wanita yang alergi kontrasepsi pil hormonal. Tidak boleh digunakan sebagai kontrasepsi rutin.

- a) Efektivitas : kehamilan terjadi pada 2 per 100 wanita pada bila digunakan dalam waktu 72 jam
- b) Keuntungan : sangat efektif untuk situasi darurat
- c) Kerugian : mual hebat dan perdarahan

Kontrasepsi darurat IUD dimasukkan 5 hari setelah senggama tidak terproteksi untuk mengganggu implantasi, kehamilan terjadi kurang dari 1 per 100 wanita bila dimasukkan dalam waktu 5 hari

8. Sterilisasi

Vasektomi dan sterilisasi tuba adalah metode kontrasepsi permanen dan hanya dilakukan pada pria maupun wanita yang sudah diberikan penjelasan mengenai metode ini dan berkeinginan untuk secara permanen mencegah kehamilan. Beberapa metode sterilisasi ada yang bersifat reversibel tergantung dari panjang saluran tuba, usia wanita, dan jangka waktu antara sterilisasi dan pengembalian kesuburan.

Sterilisasi pada pria dilakukan melalui vasektomi, sedangkan pada wanita dilakukan prosedur ligasi tuba (pengikatan saluran tuba). Vasektomi sendiri dilakukan dengan bius lokal sedangkan ligasi tuba menggunakan prosedur intraabdominal. Konseling sebelum melakukan prosedur ini sangat diperlukan. Bukan hanya konseling mengenai risiko ataupun keuntungan operasi, namun juga kemungkinan menyesali keputusan ini di masa depan nanti.

Vasektomi adalah pemotongan vas deferens (saluran yang membawa sperma dari testis). Vasektomi dilakukan oleh ahli bedah urolog dan memerlukan waktu sekitar 20 menit. Pria yang menjalani vasektomi sebaiknya tidak segera menghentikan pemakaian kontrasepsi, karena biasanya kesuburan masih tetap ada sampai sekitar 15-20 kali ejakulasi. Setelah pemeriksaan laboratorium terhadap 2 kali ejakulasi menunjukkan tidak ada sperma, maka dikatakan bahwa pria tersebut telah mandul.

Komplikasi dari vasektomi adalah:

- ~ Perdarahan
- ~ Respon peradangan terhadap sperma yang merembes
- ~ Pembukaan spontan

Ligasi tuba adalah pemotongan dan pengikatan atau penyumbatan tuba falopii (saluran telur dari ovarium ke rahim). Pada ligasi tuba dibuat sayatan pada perut dan dilakukan pembiusan total. Ligasi tuba bisa dilakukan segera setelah melahirkan atau dijadwalkan di kemudian hari. Sterilisasi pada wanita seringkali dilakukan melalui laparoskopi. Selain pemotongan dan pengikatan, bisa juga dilakukan kauterisasi (pemakaian arus listrik) untuk menutup saluran tuba. Untuk menyumbat tuba bisa digunakan pita plastik dan klip berpegas. Pada penyumbatan tuba, kesuburan akan lebih mudah kembali karena lebih sedikit terjadi kerusakan jaringan. Teknik sterilisasi lainnya yang kadang digunakan pada wanita adalah histerektomi (pengangkatan rahim) dan ooforektomi (pengangkatan ovarium/indung telur).

Hasil Penelitian Pendukung.

Di Indonesia dalam menentukan turunya fertilitas, dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu :

- 1). penggunaan kontrasepsi modern
- 2). praktek pembatasan kelahiran secara tradisional
- 3). perubahan pola perkawinan (dari hasil penelitian)

Informasi yang diperoleh dari hasil penelitian menunjukkan bahwa 1). dan 2). lebih banyak digunakan.

2. Elaborasi Bongaarts (1979), yang menyatakan bahwa variabel antara dibagi menjadi tujuh, yaitu;

- a. variabel perkawinan
- b. kemandulan permanen
- c. lamanya tidak subur sesudah melahirkan (post partum)
- d. kemampuan melahirkan
- e. penggunaan alat-alat kontrasepsi yang efektif

- f. pengguguran secara spontan
- g. pengguguran secara tidak sengaja

Bongaarts pada tahun 1980 mempersempit lagi menjadi empat variabel antara, yaitu :

- a. perkawinan
- b. kontrasepsi
- c. laktasi (menyusui)
- d. pengguguran

Variabel antara yang belum diteliti oleh Davis dan Blake adalah laktasi, yaitu masa menyusui yang dapat mencegah kehamilan.

Faktor-faktor yang memperkecil fertilitas adalah:

1. Kontrasepsi modern (pil dan kondom) dan tradisional. (pijat).
2. Pantang berkala, yaitu tidak melakukan hubungan seks pada masa subur wanita pada waktu-waktu tertentu. Masa subur wanita adalah 5 sampai 7 hari sebelum dan sesudah haid.
3. Senggama terputus (*coitus interruptus*)

Agama mensahkan atau memperbolehkan untuk melakukan no. 2 dan 3. KB tradisional yang juga sering digunakan adalah injeksi, ramuan obat-obatan, kondom buatan sendiri, pil atau tablet dan anggur (Probolinggo). Dalam beberapa masyarakat, pengguguran rupanya sudah dilegalkan oleh masyarakat (adat).

Pada tahun 1979 Moni Nag, seorang antropolog, mengemukakan 10 variabel fertilitas yang dipengaruhi oleh modernisasi. Dasar pemikirannya adalah bahwa industrialisasi, urbanisasi, dan beberapa bentuk perubahan sosial, diantaranya proses modernisasi, pada umumnya dapat menyebab-

kan turunnya fertilitas melalui tindakan pengendalian kelahiran (seperti kontrasepsi dan usaha pengguguran) serta penundaan usia kawin. Di negara-negara sedang berkembang menunjukkan adanya pengaruh modernisasi terhadap fertilitas.

Ada empat faktor utama yang dapat dikemukakan dalam pemikiran Moni Nag, yaitu :

1. Mulai keluarnya ovulasi dan menstruasi sesudah melahirkan, sebagai akibat dari pengurangan praktek menyusui atau laktasi.
2. Berkurangnya praktek pantang senggama sesudah melahirkan.
3. Berkurangnya atau hilangnya masa reproduksi pada seorang wanita disebabkan oleh karena menjanda pada usia muda.
4. Pengurangan pengaruh pemandulan atau sterilisasi sebagai akibat pengobatan yang bertambah baik terhadap penyakit kelamin

Ada sepuluh variabel (yang dipengaruhi modernisasi) yang mempengaruhi naik-turunnya fertilitas:

1. Fekunditas (*amenorrhea* dan *ovulasi*), yang dipengaruhi oleh laktasi (lamanya menyusui). Pada wanita modern banyak meninggalkan kebiasaan menyusui anaknya. Hal ini juga dipengaruhi oleh gencarnya susu kaleng, sehingga menyebabkan kesuburan wanita cepat datang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang wanita, maka semakin tinggi pula untuk meninggalkan laktasi.
2. Fekunditas dalam hal ini *amenorrhea* (periode mati haid atau berhentinya haid secara alami setelah melahirkan), *menarche* (periode haid yang pertama), dan *menopause* (periode berhentinya haid), yang dipengaruhi oleh gizi (nutrisi). Dalam hal ini modernisasi menyebabkan meningkatnya ekonomi dan kesehatan, sehingga pemenuhan gizi dapat meningkat. Gizi yang baik akan mempe-

- ngaruhi fekunditas dan akan mempengaruhi *menarche*, sehingga usia reproduksi meningkat dan menopause bisa lebih lama.
3. Keguguran (*miscarriage*) dan lahir mati (*stillbirth*) lebih sedikit karena kesehatan yang terpelihara dengan baik.
 4. Kemandulan yang disebabkan oleh penyakit kelamin akan menurun karena kesehatan meningkat dan bertambah baik, sehingga kesuburan wanita meningkat.
 5. Abstinensi (pantang) sukarela terutama sesudah melahirkan tidak tinggi lagi, sehingga fertilitas naik. Keadaan menjanda dan janda (*widowerkrod*) prosentasenya menurun, sehingga menyebabkan fertilitas naik. Perceraian dan perpisahan juga berkurang karena ekonomi membaik, sehingga fertilitas naik.
 6. Usia kawin dan proporsi wanita yang tidak pernah kawin (*selibat*). Usia kawin meningkat dan proporsi wanita tidak kawin menurun karena ekonomi membaik, sehingga fertilitas naik.
 7. Frekuensi hubungan kelamin (*intercouse*) makin tinggi terutama dalam hubungan dengan keluarga luasnya, sehingga fertilitas naik.
 8. Abstinensi terpaksa atau tidak sengaja berkurang, sehingga fertilitas naik.

Moni Nag, yang mengadakan penelitian pada tahun 1952, 1962, dan 1975 mengenai dampak struktur sosial-budaya terhadap fertilitas dengan menggunakan variabel antara dari Davis dan Blake. Dalam mengidentifikasikan secara teoritis, Moni Nag membagi empat definisi yang berkaitan dengan pendekatan hipotesis tersebut, yaitu definisi:

- a. unit pembuat keputusan.
- b. masukan-masukan atau input dalam proses pembuatan keputusan.
- c. proses pemaksimalan (secara implisit atau uraian).
- d. unit keputusan individu atau keluarga dan kelompok.

Kelakuan keluarga dalam kelompok 1-3 mempengaruhi keputusan terhadap fertilitas. Pemaksimalan adalah peningkatan, kesejahteraan, kebahagiaan, dan keberhasilan penyesuaian diri pada perubahan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi fertilitas jauh lebih rumit daripada yang mempengaruhi mortalitas. Dengan mudah dapat dilihat bahwa umumnya orang ingin menghindari ke matian, sedangkan sikap terhadap kehamilan dan kelahiran anak banyak tergantung pada faktor sosial budaya. Kehamilan mungkin diinginkan oleh pasangan yang bersangkutan karena menginginkan tambahan anak mungkin tidak diinginkan atau dianggap tidak soal.

Perbaikan keadaan ekonomi saja biasanya akan memberi pengaruh terhadap penekanan tingkat mortalitas tetapi tidak demikian halnya dengan fertilitas. Perbaikan ekonomi dapat mempunyai pengaruh yang negatif atau positif terhadap fertilitas, tergantung pada motivasi anggota masyarakat. Karena itu senantiasa terdapat berbagai faktor penyumbang terhadap perubahan tingkat fertilitas, yang mempengaruhi motivasi anggota-anggota masyarakat.

Menurut para ahli kependudukan, faktor-faktor penting yang mempengaruhi penurunan tingkat fertilitas di negara-negara maju/ industri, seperti Eropa dan Amerika Serikat, pada abad yang lalu adalah sebagai berikut:

1. Tingkat mortalitas yang menurun. Lebih sedikit bayi (anak lahir hidup) yang diperlukan untuk memperoleh jumlah anak yang diinginkan.
2. Pada masyarakat industri dan masyarakat perkotaan, ongkos memelihara anak semakin tinggi. Sebaliknya keuntungan ekonomi anak semakin menurun. Sejalan dengan kemajuan industrialisasi, anak-anak dilarang bekerja dan wajib masuk sekolah dasar. Ini

berbeda dengan masa sebelum industrialisasi, anak-anak pada usia yang rendah sudah membantu orang tua mereka.

3. Perbaikan status wanita. Wanita mendapat kesempatan dalam pendidikan dan pekerjaan di luar rumah. Dengan demikian mereka lebih terdorong lagi untuk membatasi jumlah kelahiran (keluarga berencana).
4. Sikap yang lebih sekuler dan rasional. Sikap tersebut merupakan “pelumas” bagi praktek keluarga berencana dan dianggap bagian yang wajar daripada industrialisasi dan modernisasi.

Negara-negara yang sedang berkembang, termasuk Indonesia, perlu mencari jalan lain dalam usahanya menurunkan tingkat fertilitas. Tidak dapat ditunggu industrialisasi, urbanisasi, dan sekularisme untuk menurunkannya, karena masalahnya sudah sangat mendesak. Masyarakat-masyarakat Barat menurunkan fertilitasnya karena kemauan anggota masyarakat, bukan melalui program keluarga berencana pemerintah. Berbagai negara yang sedang berkembang melancarkan program keluarga berencana, dan melalui program itu penggunaan kontrasepsi ditingkatkan dan norma-norma keluarga kecil dilembagakan. Karena itu demi suksesnya usaha keluarga berencana untuk menurunkan tingkat fertilitas, pengertian tentang faktor-faktor sosial dan kebudayaan yang mempengaruhinya sangat diperlukan.

Faktor-faktor sosial dan budaya, termasuk agama, yang mempengaruhinya mencakup bidang yang luas dan satu dengan yang lainnya, mempunyai kaitan yang rumit. Di dalam tulisan ini, pembicaraan mengenai fertilitas akan dimulai dengan kerangka Davis dan Blake yang terkenal itu, dilanjutkan dengan pembicaraan yang menyangkut nilai-nilai yang sehubungan dengan anak. Kemudian dibahas berbagai faktor

yang mempengaruhi mortalitas dan juga perbedaan-perbedaan tingkat mortalitas.

Dalam masyarakat terdapat perbedaan fertilitas berdasarkan keadaan sosial-ekonomi. Dalam hal ini terdapat perbedaan antara desa-kota, ras, maupun wilayah. Pulau Jawa mempunyai tingkat fertilitas yang lebih rendah dari pada luar Jawa. Perbedaan ini direfleksikan pula oleh perbedaan pertumbuhan penduduk antar sensus. Faktor-faktor yang menyebabkan perbedaan tersebut rupanya berkaitan erat dengan variabel Davis dan Blake.

Ada anggapan umum bahwa tingkat sosial-ekonomi mempunyai hubungan negatif dengan fertilitas. Dennis Wrong mengemukakan bahwa fertilitas yang tinggi pada lapisan masyarakat bawah (sosial-ekonomi rendah) mempunyai korelasi yang negatif antara fertilitas dengan status sosial-ekonomi, sehingga dapat dianggap sebagai hukum demografi sosial (Singarimbun 1980:11). Untuk Indonesia, sampai sekarang belum ada data yang menguatkan hipotesis tersebut. Malahan, dari hasil penelitian cenderung menunjukkan korelasi yang positif, yaitu status sosial-ekonomi rendah mempunyai tingkat fertilitas yang rendah pula.

Mengenai tingkat pendidikan, studi yang ada menunjukkan bahwa wanita yang berpendidikan mempunyai tingkat fertilitas yang lebih tinggi dibanding yang berpendidikan rendah, di desa maupun kota. Studi Hull dan Singarimbun menguatkan pendapat tersebut. Kedua penelitian di Jogjakarta itu menunjukkan bahwa status sosial-ekonomi mempunyai hubungan yang positif dengan fertilitas. Perubahan pola ini dimungkinkan terjadi bila ada program pemerintah dan perubahan sosial.

Mortalitas

Kematian (mortalitas) selalu mempunyai nilai negatif, karena kematian merupakan peristiwa yang perlu dicegah atau ditunda. Usaha untuk menyembuhkan penyakit, hidup sehat, dan memperpanjang umur dianggap perbuatan yang mulia. Masalah peningkatan gizi, hidup sehat, dan pengobatan moderen sangat mempengaruhi berkurangnya tingkat kematian. Namun demikian, hambatan-hambatan tetap saja terjadi, antara lain: [1] jumlah dan distribusi pengobatan moderen belum merata, sehingga pada berbagai daerah terdapat keluhan mahalnya obat, [2] fasilitas yang tersedia belum dimanfaatkan sepenuhnya oleh masyarakat karena faktor sosial, budaya (kepercayaan, nilai), dan ekonomi. Dengan demikian, faktor yang menentukan perbedaan mortalitas adalah: kesadaran masyarakat, keadaan sosial-ekonomi masyarakat, fasilitas kesehatan, sanitasi, dan lingkungan.

Dalam hal ini, tingkat sosial-ekonomi mempunyai hubungan yang negatif dengan tingkat mortalitas yang lebih rendah. Tingkat pendidikan biasanya sejalan dengan tingkat sosial-ekonomi, yang keduanya saling menguatkan untuk menekan tingkat mortalitas. Usaha-usaha yang dilakukan biasanya berkaitan dengan gizi yang baik dan fasilitas kesehatan moderen. Studi Hull dan Hull (1976) menunjukkan bahwa tingkat kematian bayi dan harapan hidup adalah rendah pada bayi yang ibunya tidak berpendidikan dan tinggal di desa; sebaliknya paling tinggi pada bayi yang ibunya berpendidikan dan tinggal di kota. Untuk Indonesia, masalah utama dalam menekan angka kematian adalah keadaan sosial-ekonomi, perbaikan gizi, dan perluasan fasilitas kesehatan moderen.

Mobilitas (Migrasi)

Studi awal mengenai konsep, hukum, dan model migrasi telah dikemukakan oleh E.G. Ravenstein (1889) dan Everett S. Lee (1965). Ravenstein telah mengemukakan 7 hukum migrasi, yaitu: [1] migrasi dan jarak, [2] migrasi bertahap, [3] arus dan arus balik, [4] perbedaan desa dan kota, [5] migrasi wanita, [6] teknologi dan migrasi, dan [7] motif ekonomi.

Hukum-hukum migrasi itu telah dielaborasi oleh Lee. Bagi Lee, migrasi adalah perubahan tempat tinggal secara permanen maupun semi permanen. Rupanya definisi ini tidak ada pembatasan pada jarak perpindahan maupun sifatnya, yaitu sukarela atau terpaksa serta tidak dibedakan migrasi dalam negeri maupun luar negeri. Bagi Lee, tanpa mempersoalkan jauh-dekatnya perpindahan, mudah atau sulit, setiap migrasi mempunyai tempat asal, tempat tujuan, dan bermacam-macam rintangan yang menghambat. Dari beberapa penghalang antara, faktor jarak perpindahan merupakan faktor yang selalu ada. Lebih lanjut Lee mengemukakan 4 faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan bermigrasi dan proses migrasi, yaitu: [1] faktor di daerah asal, [2] faktor di tempat tujuan, [3] penghalang antara, dan [4] faktor pribadi.

Rupanya skema Lee tentang faktor-faktor migrasi itu banyak mendapat kritikan. Salah satu kritik terhadap Lee adalah bahwa studi migrasi berdasarkan pendekatan *push-pull factor* itu telah membatasi ruang gerak pemahaman peneliti terhadap dinamika migrasi di berbagai tempat. Studi migrasi hendaknya diperkaya dengan pendekatan dari berbagai disiplin ilmu, sehingga analisisnya menjadi komprehensif dan mampu menjelaskan fenomena migrasi secara lebih tajam, mendalam, dan integratif (Abdullah 2001:10).

Sementara itu Mantra (1995:2-3) mendefinisikan mobilitas horizontal/geografis (migrasi) sebagai gerak penduduk dari satu wilayah menuju ke wilayah lain dalam jangka waktu tertentu. Definisi ini menekankan wilayah/ruang (*space*) dan waktu (*time*), yang sesuai dengan paradigma geografi. Fokus studi Mantra adalah mobilitas penduduk non-permanen atau sirkuler (ulang-alik dan menginap), yaitu gerak penduduk dari satu wilayah ke wilayah lain dengan tidak ada niatan untuk menetap di daerah tujuan.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Pendekatan pelaksanaan studi Keberhasilan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana di Kabupaten donggala menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif. Menurut Usman dan Akbar (2004 : 4) penelitian deskriptif bermaksud membuat penggambaran secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta dan sifat-sifat populasi tertentu. Dengan kata lain penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan Keberhasilan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana di Kabupaten donggala.

3.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah Kabupaten Donggala dengan sumber data diperoleh dari beberapa SKPD terkait.

3.3 Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang dikumpulkan untuk dianalisis terdiri atas data Primer dan data Skunder. Sumber data primer diperoleh dari hasil wawancara

langsung dengan informan kunci. Sumber data Skunder diperoleh dari hasil studi pustaka, Review dokumenter, dan data-data dari Instansi, lembaga, badan, dan Biro yang terkait dengan studi ini.

3.4 Alat analisis

Alat analisis yang digunakan dalam mengkaji Keberhasilan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana di Kabupaten donggala adalah analisis distribusi frekuensi. Langkah analisis data dalam kajian ini sebagai berikut; setelah data terkumpul, maka dilakukan tabulasi, penyusunan dan pemilihan data, sehingga data yang akan dipakai untuk keperluan analisis merupakan data yang benar dan relevan. Pemilihan data dilakukan sesuai dengan jenis dan tingkat kepentingan informasi yang dibutuhkan melalui serangkaian proses pemilihan data, agar didapatkan suatu data yang valid dan akurat yang dapat dipakai sebagai bahan analisis Keberhasilan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana di Kabupaten donggala

Data yang akan dianalisis diukur berdasarkan pada parameter pengukuran Keberhasilan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana di Kabupaten donggala yang dijabarkan dalam beberapa dimensi hingga ke tingkat Indikator.

3.5 Lingkup Kegiatan

Beberapa kegiatan yang akan dilakukan dalam rangka pelaksanaan penelitian ini adalah :

1. Persiapan Pelaksanaan Pekerjaan

a. Penyelesaian Administrasi

Menyusun administrasi untuk mengurus surat-surat penugasan. Personil yang dilibatkan yaitu :

- Bagian Administrasi
- Operator Komputer

b. Persiapan Administrasi Teknis

Mempersiapkan tenaga ahli dan peralatan yang dibutuhkan dan menyusun organisasi maupun struktural operasional kerja dan hal-hal yang berkaitan erat dengan konsultasi teknis dan non teknis dengan pihak pemberi kerja khususnya dalam kesepakatan kerja dan penetapan lokasi.

c. Koordinasi dengan Pimpinan Kegiatan Pekerjaan

Koordinasi masalah penentuan lokasi dan pemberitahuan tentang jadual kerja (*time schedule*) baik jadual survei data sekunder dan data primer maupun survei lapangan (investigasi lapangan). Dalam koordinasi ini, sebelumnya konsultan akan menyusun daftar data-data yang dibutuhkan, yang ada kaitannya dengan pelaksanaan pekerjaan.

d. Mobilisasi Personil Tenaga Ahli

Memberi penjelasan secara detail tentang tugas dan tanggung jawab masing-masing personil tenaga ahli, jenis kegiatan dan penetapan lokasi.

e. Desain Pelaksanaan Pekerjaan

Menyusun desain pelaksanaan pekerjaan dari mulai persiapan, pelaksanaan pekerjaan sampai pada penyusunan laporan termasuk alat dan bahan yang diperlukan dalam mendukung pelaksanaan pekerjaan.

2. Studi literatur

Studi literature (*Library research*) yaitu melakukan pengumpulan data skunder untuk mendapatkan landasan teoritis, menunjang dan melengkapi data primer dengan cara-cara mempelajari buku-buku (*text book*),

jurnal, hasil penelitian sebelumnya, karya ilmiah lain yang mendukung penelitian ini, review dokumenter dan website serta informasi dari dinas/instansi terkait.

3. Diskusi dengan stakeholder tentang survey lapangan

Melakukan diskusi dengan stakeholder tentang persiapan dan pelaksanaan survei lapangan sehingga akan mempermudah dalam pelaksanaan survei dan juga data yang diperoleh akurat dan tepat sasaran.

4. Persiapan dan Pelaksanaan survey lapangan

- a. Persiapan survey, melakukan koordinasi dengan tenaga ahli dan enumerator dan mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan
- b. Desain instrumen dan kelengkapan teknis lainnya

5. Pengolahan data hasil survey

Setelah data terkumpul maka dilakukan pengolahan yang meliputi :

- a. Editing : Memeriksa Tingkat Akurasi Data
- b. Coding : Memberikan kode pada setiap jawaban
- c. Tabulation: Meningkatkan data sehingga lebih mudah untuk dibaca dan diinterpretasikan.
- d. Melakukan perhitungan dengan alat analisis yang telah ditentukan
- e. Interpretasi : memberikan arti atau makna tentang hasil analisis

6. Diskusi temuan hasil survey

Melakukan diskusi antara tim tenaga ahli tentang temuan hasil pengolahan data survei

7. Diskusi pembahasan hasil analisis dan penyusunan rekomendasi

Hasil pengolahan dan interpretasi data serta setelah dilakukan diskusi maka dilakukan diskusi dengan pihak-pihak yang berkaitan dengan

materi studi ini. Kemudian menyusun rekomendasi sebagai bahan penyusunan kebijakan.

8. Pelaporan

Jenis laporan yang akan di buat dan diserahkan adalah **Laporan Akhir** (*Final Report*), isi laporannya merupakan hasil kajian secara menyeluruh. Laporan akhir yang telah dilengkapi dengan kesimpulan dan rekomendasi

BAB IV GAMBARAN UMUM KABUPATEN DONGGALA

A. KEADAAN GEOGRAFIS



4.1 Batas Administrasi Daerah

Secara Administrasi wilayah Kabupaten Donggala berbatasan langsung dengan kabupaten Tolitoli, Provinsi Sulawesi Barat, Kabupaten Sigi, Kota Palu dan Selat Makassar, dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : berbatasan dengan Kabupaten Tolitoli.
- Sebelah Timur : berbatasan dengan Kabupaten Sigi dan Kabupaten Parigi Moutong.
- Sebelah Selatan : berbatasan dengan Propinsi Sulawesi Barat, dan Kabupaten Sigi, serta Kota Palu.
- Sebelah Barat : berbatasan dengan Kabupaten Mamuju Utara Propinsi Sulawesi Barat dan Selat Makassar.

Saat ini, Kabupaten Donggala terbagi atas tiga perwilayahan yang dapat dipetakan sebagai berikut:

- Kawasan Pantai Barat, meliputi Kecamatan Labuan, Tanantovea, Sindue, Sindue Tobata, Sindue Tombusabora, Sirenja, Balaesang, Balaesang Tanjung, Damsol, Sojol, Sojol Utara, yang merupakan daerah pantai dan memiliki lahan yang relatif kurang subur. Potensi yang menonjol adalah perikanan, perkebunan, pertanian, peternakan, perdagangan, pertambangan. Wilayah ini memiliki potensi tambang yang cukup besar khususnya galian C dan emas.
- Kawasan Lembah Palu, meliputi kecamatan Pinembani, yang struktur wilayahnya terdiri dari daerah pegunungan.
- Kawasan Donggala, meliputi Kecamatan Banawa, Banawa Selatan, Banawa Tengah dan Rio Pakava, wilayah ini merupakan daerah yang relatif subur. Khusus Kota Donggala sebagai ibukota Kabupaten Donggala, yang berada di Kecamatan Banawa,

infrastrukturnya sudah mulai tertata dengan baik sehingga dapat menunjang kegiatan pemerintahan dan pelayanan bagi masyarakat. Jenjang pendidikan penduduk termasuk salah satu yang terbaik dibandingkan dengan wilayah lain. Potensi pariwisata telah mulai tergarap dengan baik. Bagian terbesar dari struktur ekonomi adalah pertambangan, perikanan, pertanian dan perkebunan.

4.2 Luas Wilayah

Setelah berpisah dengan Kabupaten Sigi pada awal tahun 2009, Kabupaten Donggala dengan wilayah seluas 5,275.69 kilometer persegi terbagi menjadi 16 kecamatan dimana Kecamatan Rio Pakava merupakan kecamatan terluas (872,16 km²), sedangkan kecamatan dengan luas wilayah terkecil adalah Kecamatan Banawa Tengah yang hanya memiliki luas 74,64 km².

Adapun luas dan persentase wilayah setiap Kecamatan di kabupaten Donggala dapat dilihat pada tabel dan Gambar berikut :

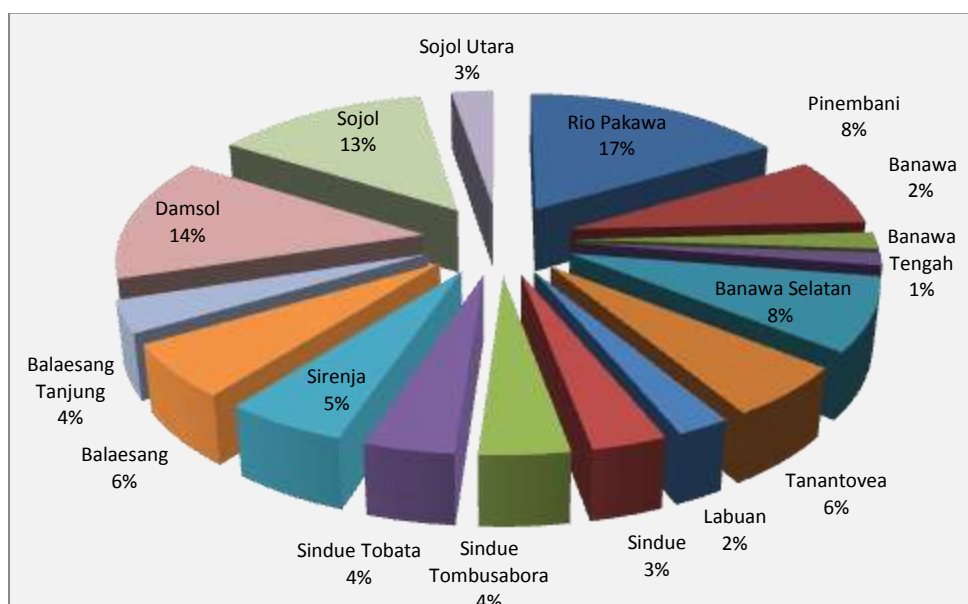
Tabel 1
Luas Wilayah Kabupaten Donggala menurut Kecamatan
Tahun 2013

No.	Kecamatan	Luas (Km ²)	Luas (%)
1	2	3	4
01.	Rio Pakava	872,16	16,53
02.	Pinembani	402,61	7,63
03.	Banawa	99,04	1,88
04.	Banawa Selatan	430,67	8,16
05.	Banawa Tengah	74,64	1,41
06.	Labuan	126,01	2,39
07.	Tanantovea	302,64	5,74
08.	Sindue	177,19	3,36
09.	Sindue Tombusabora	211,55	4,01
10.	Sindue Tobata	211,92	4,02
11.	Sirenja	286,94	5,44

No.	Kecamatan	Luas (Km ²)	Luas (%)
1	2	3	4
12.	Balaesang	314,23	5,96
13.	Balaesang Tanjung	188,85	3,58
14.	Damsol	732,76	13,89
15.	Sojol	705,41	13,37
16.	Sojol Utara	139,07	2,64
Jumlah		5.275,69	100

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Gabar 1
Persentase Luas Kecamatan di Kabupaten Donggala
Tahun 2013



Berdasarkan tabel dan gambar di atas diketahui Kecamatan Rio Pakawa adalah kecamatan terluas yakni 872,16 km² atau 16,53%. Dan kecamatan Banawa Tengah adalah kecamatan terkecil yakni 74,6448 km² atau 1,41% dari luas total Kabupaten Donggala.

4.3 Jumlah Desa/Kelurahan/UPT per Kecamatan

Secara administratif Kabupaten Donggala terdiri dari 16 Kecamatan dan 169 desa/kelurahan/UPT. Kecamatan yang memiliki desa terbanyak adalah Kecamatan Benawa Selatan, yaitu sebanyak 19 desa, sedangkan yang paling sedikit Kecamatan Sojol Utara, hanya 5 desa.

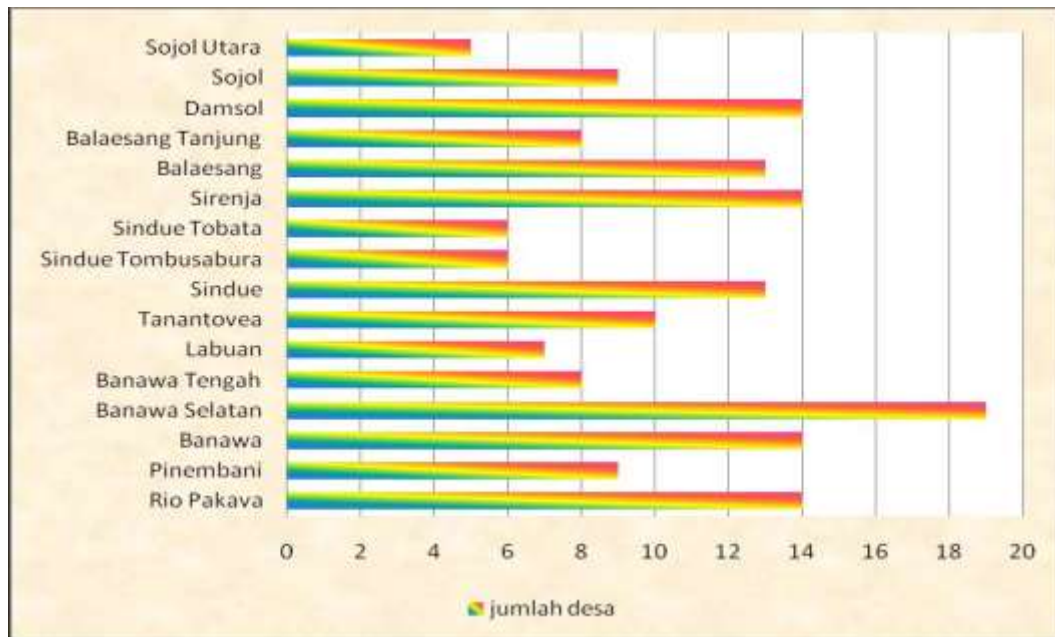
Jumlah desa/kelurahan/UPT di setiap kecamatan Kabupaten Donggala dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2
Jumlah Desa/Kelurahan/UPT menurut Kecamatan

No.	Kecamatan	Status			Jumlah
		Desa	Kelurahan	UPT	
1	2	3	4	5	6
01.	Rio Pakava	14	-	-	14
02.	Pinembani	9	-	-	6
03.	Banawa	5	9	-	14
04.	Banawa Selatan	8	-	-	7
05.	Banawa Tengah	19	-	-	15
06.	Labuan	10	-	-	8
07.	Tanantovea	7	-	-	6
08.	Sindue	13	-	-	12
09.	Sindue Tombusabora	6	-	-	5
10.	Sindue Tobata	6	-	-	5
11.	Sirenja	13	-	1	14
12.	Balaesang	13	-	-	10
13.	Balaesang Tanjung	8	-	-	8
14.	Damsol	13	-	1	13
15.	Sojol	9	-	-	9
16.	Sojol Utara	5	-	-	4
Jumlah		158	9	2	169

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Gambar 2
Jumlah Desa Menurut Kecamatan di Kabupaten Donggala 2012



4.4 Topografis

Sebaran permukiman khususnya desa/kelurahan/UPT pada kabupaten ini mengikuti kondisi topografis yang ada, dari 148 Desa/kelurahan yang ada, tercatat 74 Desa/Kelurahan yang berada pada daerah non pesisir dan 74 Desa/Kelurahan yang berada pada daerah pesisir.

Jumlah sebaran desa/kelurahan/UPT dapat dilihat pada tabel dan Gambar berikut :

Tabel 3
Jumlah Desa/Kelurahan/UPT menurut Letak
di Kabupaten Donggala

No.	Kecamatan	Desa/ Kel	Letak	
			Desa Pesisir	Desa Non Pesisir
01.	Rio Pakava	14	-	14
02.	Pinembani	9	-	9
03.	Banawa	14	7	7
04.	Banawa Selatan	19	7	12
05.	Banawa Tengah	8	3	5
06.	Labuan	7	3	4
07.	Tanantovea	10	4	6
08.	Sindue	13	6	7
09.	Sindue Tombusabora	6	2	4
10.	Sindue Tobata	6	2	4
11.	Sirenja	14	9	5
12.	Balaesang	13	12	1
13.	Balaesang Tanjung	8	6	2
14.	Damsol	14	9	5
15.	Sojol	9	8	1
16.	Sojol Utara	5	3	2
JUMLAH		169	81	88

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Tabel 4
Jarak Antara Ibukota Kab. Donggala dengan Ibukota
Kecamatan

Kecamatan	Ibu Kota Kecamatan	Jarak melalui Darat (km)	Dapat ditempuh melalui
Rio Pakava	Lalundu	205	Darat
Pinembani	Gimpubia	113	Darat
Banawa	Gunung Bale	0	Darat
Banawa Selatan	Watatu	27	Darat
Banawa Tengah	Limboro	9	Darat
Labuan	Labuan	53	Darat
Tanantovea	Wani I	50	Darat
Sindue	Toaya	70	Darat
Sindue Tombusabora	Tibo	84	Darat
Sindue Tobata	Alindau	102	Darat
Sirenja	Tompe	120	Darat
Balaesang	Tambu	141	Darat / Land
Balaesang Tanjung	Malei	150	Darat
Damsol	Sabang	182	Darat
Sojol	Balukang	228	Darat
Sojol Utara	Ogoamas II	267	Darat

4.5 Hidrologi dan Klimatologi

Data iklim memiliki peranan yang sangat penting dalam perencanaan pertanian, seperti mengatur pola tanam. Oleh karena itu, data iklim yang lengkap dan periode pengamatan yang lama sangat dibutuhkan. Untuk daerah Kabupaten Donggala, data iklim yang tersedia masih sangat terbatas, terdiri atas data curah hujan baik dari stasiun pengamatan yang ada di wilayah Kabupaten Donggala maupun di luar kabupaten ini, yaitu stasiun Meteorologi Bandara Mutiara Palu.

Tabel 5
Rata-rata Parameter Cuaca pada Stasiun Meteorologi
Mutiara Palu menurut Bulan
Tahun 2012

Bulan	Suhu Udara (°C)	Tekanan Udara (mb)	Kelembaban Udara (%)	Penyinaran Matahari (%)	Curah Hujan (mm)	Kecepatan Angin (Knots)	Arah Angin Terbanyak
1	2	3	4	5	6	7	8
Januari	27,10	1.009,90	80,00	50,00	108,00	3,00	Barat Laut
Pebruari	27,50	1.009,60	76,00	67,00	23,60	4,00	Barat Laut
Maret	27,60	1.009,60	75,00	57,00	46,40	4,00	Barat Laut
April	26,80	1.010,70	76,00	68,00	98,60	4,00	Barat Laut
Mei	27,80	1.009,90	73,00	68,00	15,90	4,00	Barat Laut
Juni	28,20	1.010,60	74,00	58,00	53,00	4,00	Utara
Juli	26,40	1.010,30	82,00	49,00	166,00	3,00	Barat Laut
Agustus	27,30	1.011,20	78,00	64,00	84,70	4,00	Barat Laut
September	27,90	1.011,00	74,00	75,00	15,00	4,00	Utara
Oktober	28,80	1.011,50	72,00	74,00	42,00	4,00	Barat Laut
Nopember	28,30	1.009,90	75,00	60,00	28,00	4,00	Barat Laut
Desember	27,90	1.009,40	77,00	64,00	79,00	4,00	Utara
Rata-rata	27,70	1.010,30	76,00	62,80	760,60	3,80	Barat Laut

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Sebagaimana dengan daerah-daerah lain di Indonesia, Kabupaten Donggala memiliki dua musim, yaitu musim panas dan musim hujan. Musim panas terjadi antara bulan April-September, sedangkan musim hujan terjadi pada bulan Oktober-Maret.

Catatan suhu udara pada Stasiun Udara Mutiara Palu tahun 2012 menunjukkan bahwa suhu udara rata-rata tertinggi terjadi pada bulan Oktober ($28,80^{\circ}\text{C}$) dan suhu udara terendah terjadi pada bulan Juli ($26,40^{\circ}\text{C}$). Sementara kelembaban udara yang dicatat pada stasiun yang sama berkisar 72-82 persen. Kelembaban udara rata-rata tertinggi terjadi pada bulan Juli yang memnacapi 82 persen. Sedangkan kelembaban udara rata-rata terendah terjadi pada bulan Oktober yaitu 72 persen.

Curah hujan tertinggi menurut catatan Stasiun Mutiara Palu tahun 2012 terjadi pada 1a Juli 166,00 mm, sedangkan curah hujan terendah terjadi pada bulan September yaitu 15,00 mm.

Sementara itu kecepatan angin rata-rata berkisar antara 3-4 knots. Pada tahun 2012 arah angin terbanyakm setiap bulannya datang dari arah Barat Laut.

B. KEADAAN DEMOGRAFIS

4.6 Jumlah dan Kepadatan Penduduk

Penduduk Kabupaten Donggala Tahun 2012 mencapai 284.113 jiwa, yang terdiri dari 145.810 jiwa penduduk laki-laki dan 138.303 jiwa penduduk perempuan.

Seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk, maka tingkat kepadatan penduduk juga mengalami peningkatan. Hingga akhir Tahun 2012 kepadatan penduduk rata-rata mencapai 54 jiwa/ km^2 , dengan luas wilayah Kabupaten Donggala 5.275,69 km^2 . Bila dilihat penyebaran penduduk pada tingkat kecamatan, ternyata Kecamatan Banawa merupakan wilayah dengan kepadatan tertinggi yaitu 330 jiwa/ km^2 , hal ini dimungkinkan karena Kecamatan Banawa adalah merupakan Ibukota Kabupaten Donggala, sedangkan Kecamatan

Pinembani merupakan wilayah yang tingkat kepadatan penduduknya masih rendah yaitu sebanyak 15 jiwa/km².

Tabel 6
Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan
di Kabupaten Donggala
Tahun 2012

No.	Kecamatan	Luas Wilayah	Jumlah Penduduk	Kepadatan (Jiwa/Km ²)
1	2	3	4	5
01.	Rio Pakawa	872,16	22.702	26
02.	Pinembani	402,61	6.066	15
03.	Banawa	99,04	32.721	330
04.	Banawa Selatan	430,67	24.195	56
05.	Banawa Tengah	74,64	10.293	138
06.	Labuan	126,01	13.611	108
07.	Tanantovea	302,64	15.516	51
08.	Sindue	177,19	18.842	106
09.	Sindue Tombusabora	211,55	11.565	55
10.	Sindue Tobata	211,92	8.967	42
11.	Sirenja	286,94	20.650	72
12.	Balaesang	314,23	23.297	74
13.	Balaesang Tanjung	188,85	10.577	56
14.	Damsol	732,76	29.573	40
15.	Sojol	705,41	25.977	37
16.	Sojol Utara	139,07	9.561	69
Jumlah		5275,69	284113	54

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

4.7 Rasio Jenis Kelamin

Rasio jenis kelamin di Kabupaten Donggala Tahun 2012 adalah sebesar 105, yang berarti setiap 100 perempuan terdapat 105 laki-laki. Dengan kata lain di Kabupaten Donggala pada tahun 2012 jumlah penduduk laki-laki lebih besar dibanding penduduk perempuan.

Keadaan ini terjadi diseluruh kecamatan, rasio tertinggi berada pada Rio Pakawa (100 perempuan terdapat 111 laki-laki) dan yang terdah

di Kecamatan Sindue (100 perempuan terdapat 102 laki-laki). Gambaran rasio jenis kelamin tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 7
Penduduk menurut Jenis Kelamin dan Rasio Jenis Kelamin
Tahun 2012

No.	Kecamatan	Laki-Laki	Perempuan	Rasio Jenis
1	2	3	4	5
01.	Rio Pakawa	11 936	10 766	111
02.	Pinembani	3 127	2 939	106
03.	Banawa	16 709	16 012	104
04.	Banawa Selatan	12 519	11 676	107
05.	Banawa Tengah	5 336	4 957	108
06.	Labuan	7 053	6 558	108
07.	Tanantovea	7 865	7 651	103
08.	Sindue	9 531	9 311	102
09.	Sindue Tombusabora	5 940	5 625	106
10.	Sindue Tobata	4 632	4 335	107
11.	Sirenja	10 492	10 158	103
12.	Balaesang	11 854	11 443	104
13.	Balaesang Tanjung	5 430	5 147	105
14.	Damsol	15 163	14 410	105
15.	Sojol	13 331	12 646	105
16.	Sojol Utara	4 892	4 669	105
Jumlah		145 810	138 303	105

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

4.8 Komposisi Umur

Komposisi atau struktur umur penduduk di Kabupaten Donggala menunjukkan bahwa terdapat 35,78 persen penduduk masih berusia di bawah 15 tahun, hal ini menunjukkan bahwa penduduk Kabupaten Donggala masih tergolong penduduk muda.

Dengan melihat perbandingan jumlah penduduk yang berusia non produktif dengan penduduk usia produktif dapat diketahui besarnya angka rasio ketergantungan pada Tahun 2012 yaitu sebesar 65.

Artinya bahwa setiap 100 orang penduduk usia produktif (15-64 tahun) menanggung sebanyak 65 orang penduduk usia tidak produktif (0-14 tahun dan 65 tahun ke atas).

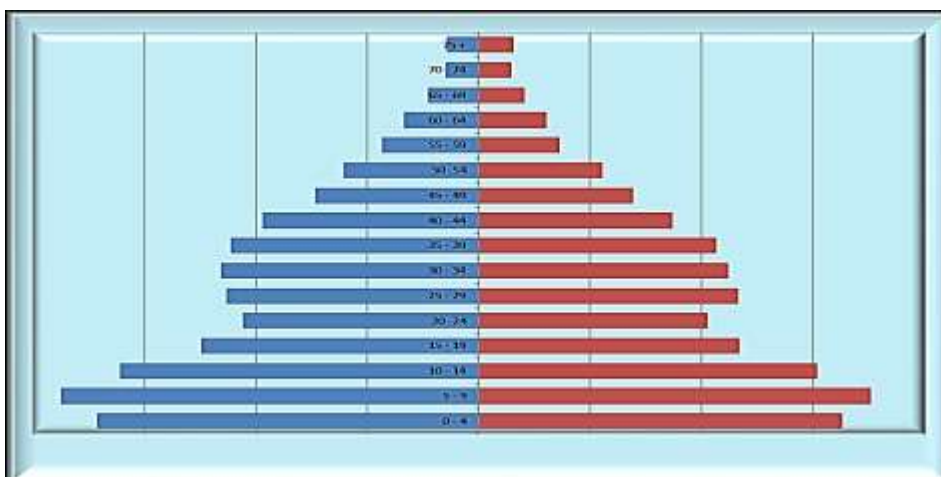
Tabel 8
Jumlah dan Persentase Penduduk
Berdasarkan Kelompok Umur dan Jenis Kelamin
Tahun 2012

Kelompok Umur	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah	%
1	2	3	4	5
0 - 4	17 243	16 400	33 643	11,84
5 - 9	18 243	17 707	36 579	12,87
10 - 14	19 243	15 247	31 424	11,06
15 - 19	20 243	11 786	24 313	8,56
20 - 24	21 243	10 317	20 951	7,37
25 - 29	22 243	11730	23107	8,13
30 - 34	23 243	11 251	22 876	8,05
35 - 39	24 243	10 733	21 914	7,71
40 - 44	25 243	8 750	18 483	6,51
45 - 49	26 243	6 965	14 341	5,05
50 - 54	27 243	5 594	11 693	4,12
55 - 59	28 243	3 637	8 018	2,82
60 - 64	29 243	3 066	6 436	2,27
65 - 69	30 243	2 077	4 384	1,54
70 - 74	31 243	1 466	2 941	1,04
75 +	32 243	1 575	3 011	1,06
Jumlah	145181	138301	284114	

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Dengan melihat perbandingan jumlah penduduk yang berusia non produktif dengan penduduk usia produktif dapat diketahui besarnya angka ketergantungan pada tahun 2009 yaitu sebesar 74. Artinya bahwa setiap 100 orang penduduk usia produktif (15-64 tahun) menanggung sebanyak 74 orang penduduk usia tidak produktif (0-14 tahun dan 65 tahun ke atas).

Gambar 3
Piramida Penduduk Kabupaten Donggala
Tahun 2012 (000 Jiwa)



Tabel 9
Jumlah Penduduk, Kepala Keluarga (KK) dan Rata - rata
Penduduk per Kepala Keluarga
Tahun 2012

No.	Kecamatan	Jumlah Pendudk	Jumlah KK	Rerata Penduduk per KK
1	2	3	4	5
01.	Rio Pakawa	22 702	5 747	4
02.	Pinembani	6 066	1 517	4
03.	Banawa	32 721	8 242	4
04.	Banawa Selatan	24 195	6 049	4
05.	Banawa Tengah	10 293	2 510	4
06.	Labuan	13 611	3 582	4
07.	Tanantovea	15 516	3 858	4
08.	Sindue	18 842	4 711	4
09.	Sindue Tombusabora	11 565	3 004	4
10.	Sindue Tobata	8 967	2 329	4
11.	Sirenja	20 650	4 736	4
12.	Balaesang	23 297	5 633	4
13.	Balaesang Tanjung	10 577	2 443	4
14.	Damsol	29 573	7 173	4
15.	Sojol	25 977	6 661	4
16.	Sojol Utara	9 561	2 584	4
Jumlah		284 113	70 777	4

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

3. KONDISI SOSIAL**4.9 Tenaga Kerja**

Berdasarkan kegiatannya, penduduk usia 15 tahun keatas dapat dibedakan menjadi angkatan kerja dan bukan angkatan kerja. Pada tahun 2011 jumlah angkatan kerja Kabupaten Donggala sebesar 136.469 jiwa dan bukan angkatan kerja 46.235 jiwa.

Komponen angkatan kerja tersebut terdapat penduduk bekerja sebanyak 132.185 jiwa. Penduduk yang bekerja tersebut mempunyai pendidikan SD kebawah sebanyak 63,45%, SLTP sebanyak 12,08% serta SLTA keatas sebanyak 24,47%. Jika dilihat berdasarkan lapangan usaha penduduk yang bekerja di Kabupaten Donggala terdapat sekitar 54,93% bekerja pada lapangan usaha Pertanian, 14,97% bekerja pada lapangan usaha Industri serta 30,09% pada lapangan usaha jasa-jasa. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 10
Jumlah Pencari Kerja yang Terdaftar Menurut Tingkat Pendidikan dan Jenis Kelamin Tahun 2012

Kecamatan		Tingkat Pendidikan										Tingkat Pencari Kerja	
		SD		SLTP		SMU		Diploma I,II,III		Sarjana			
		L	P	L	P	L	P						
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
01.	Rio Pakawa	-	-	-	-	20	41	18	9	1	2	39	52
02.	Pinembani	-	-	-	-	54	50	11	1	-	-	65	15
03.	Banawa	-	-	-	-	90	90	-	-	-	5	90	95
04.	Banawa Selatan	-	-	-	-	100	50	-	1	-	-	100	51
05.	Banawa Tengah	-	-	-	-	109	109					109	109
06.	Labuan	-	-	-	6	94	25	12	4	14	4	120	39
07.	Tanantovea	-	-	-	2	158	204	30	31	-	-	188	237
08.	Sindue	-	-	-	-	261	521	216	147	27	25	504	693
09.	Sindue Tombusabora	-	-	-	-	101	93	14	3	15	15	89	80
10.	Sindue Tobata	-	-	-	6	60	56	10	8	-	3	111	104
11.	Sirenja	-	-	-	-	50	6	75	58	25	-	150	64

12.	Balaesang	7	12	10	12	89	95	21	14	6	7	133	140
13.	Balaesang Tanjung	-	-	-	-	12	36	76	59	18	-	106	95
14.	Damsol	-	-	-	-	89	170	58	10	8	-	155	180
15.	Sojol	-	-	-	-	28	9	84	61	21	12	133	82
16.	Sojol Utara	-	-	-	-	31	1	30	5	45	8	106	14
Jumlah		7	12	10	26	1346	1556	655	411	180	81	2198	2086

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Pada Tabel diatas terlihat bahwa tenaga kerja yang terdaftar Tahun 2012 sebanyak 4.284 orang. Berdasarkan tingkat pendidikan, pencari kerja terbanyak adalah mereka yang berpendidikan SMU, diikuti yang berpendidikan Diploma dan Sarjana, sisanya berpendidikan SLTP dan SD

4.10 Pendidikan

Penduduk Kabupaten Donggala tergolong penduduk muda, berarti pada umumnya penduduknya masih berada pada usia sekolah (sekitar 40 persen).

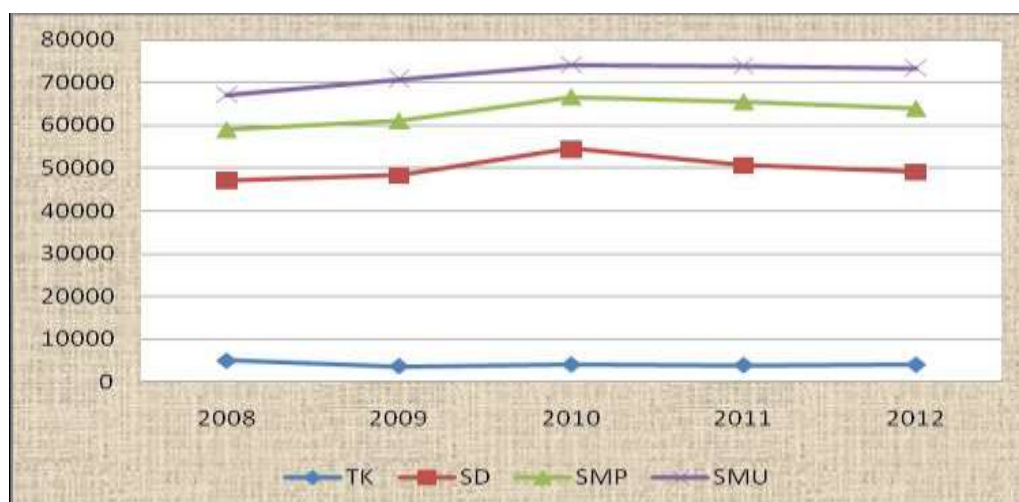
Dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa sebagaimana termaktub dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 maka dibutuhkan sarana dan prasarana pendidikan yang memadai, terutama dalam rangka menyukseskan program wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun.

Pada Tahun 2012 jumlah sekolah Taman Kanak-kanak (TK) di Kabupaten Donggala sebanyak 155 buah dengan murid sebanyak 3.914 orang, sedangkan jumlah guru sebanyak 629. Untuk tingkat Sekolah Dasar (SD) terdapat 337 unit sekolah yang terdiri dari 307 unit sekolah negeri dan 21 unit sekolah swasta, dengan jumlah murid SD Negeri yang tercatat pada Tahun 2012 adalah 42.942 orang dengan jumlah guru 1.737 Sedangkan untuk SD swasta jumlah murid 2.227 orang dengan jumlah guru 212 orang.

Pada Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) terdapat 99 sekolah yang terdiri dari SLTP/MTs Negeri sebanyak 79 buah dan SLTP/MTs swasta sebanyak 20 buah. Jumlah Murid sebanyak 13.783 orang, dengan jumlah Guru sebanyak 1.428.

Pada Tahun 2012 terdapat 25 Sekolah Menengah Umum (SMU) dan 12 Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Jumlah murid SMU sebanyak 5.740 dengan jumlah guru 193 orang, sedangkan SMK menampung sebanyak 2.662 orang siswa yang diasuh oleh 140 orang guru.

Gambar 4
Jumlah Murid Sekolah di Kabupaten Donggala, 2012



4.11 Kesehatan

Pembangunan di bidang kesehatan bertujuan agar semua lapisan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan secara mudah, murah dan merata. Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat telah banyak dilakukan oleh pemerintah antara lain dengan melakukan penyuluhan kesehatan, menambah tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan seperti puskesmas, posyandu, pos obat desa serta penyediaan sarana air bersih.

Untuk memberikan pelayanan yang lebih merata, maka peranan puskesmas semakin dirasakan manfaatnya. Pembangunan puskesmas dan puskesmas pembantu terus dilakukan sehingga pada Tahun 2012 telah terdapat 14 Puskesmas dan 74 Puskesmas Pembantu. Sehubungan dengan penambahan fasilitas tersebut juga diikuti oleh penambahan tenaga kesehatan. Hingga Tahun 2012 telah ditempatkan 49 dokter yang terdiri dari dokter spesialis 2, dokter umum 42, dan dokter gigi 5 orang, 159 orang perawat, dan 225 orang bidan.

Tabel 11
Jumlah Fasilitas Kesehatan menurut Jenis dan Status
Kepemilikan Tahun 2012

Jenis Fasilitas Kesehatan		Pemerintah		Swasta	Jumlah
		Pusat	Daerah		
01	Rumah Sakit - Rumah Sakit Umum - Tempat Tidur RSU - Rumah Sakit Khusus	- - -	1 102 -	- - -	1 102 -
02	Rumah Bersalin	-	-	-	-
03	Puskesmas - Puskesmas - Puskesmas dg RRI - Tempat Tidur Puskesmas - Puskesmas Pembantu	- - - -	14 - 82 74	- - - -	14 - 82 74
04	Praktek Perorangan - Dokter Umum - Dokter Spesialis - Dokter Gigi - Bidan	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
05	Gudang Farmasi	-	-	1	1
06	Apotik	-	-	4	4
07	Toko Obat Berizin	-	-	6	6
08	Klinik Spesialis	-	-	-	-

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Tabel 12
Jumlah Fasilitas Kesehatan menurut Kecamatan
Tahun 2012

Kecamatan		Rumah Sakit				Rumah Bersalin	Puskesmas	Puskesmas Pembantu	Toko Obat Berizin
		Pemerintah		ABRI	Swas ta				
		Umum	Khusus						
01.	Rio Pakawa	-	-	-	-	-	1	9	3
02.	Pinembani	-	-	-	-	-	1	2	-
03.	Banawa	1	-	-	-	-	1	9	4
04.	Banawa Selatan	-	-	-	-	-	1	6	-
05.	Banawa Tengah	-	-	-	-	-	-	-	-
06.	Labuan	-	-	-	-	-	1	2	-
07.	Tanantovea	-	-	-	-	-	1	3	2
08.	Sindue	-	-	-	-	-	1	2	-
09.	Sindue Tombusabora	-	-	-	-	-	1	5	-
10.	Sindue Tobata	-	-	-	-	-	-	-	-
11.	Sirenja	-	-	-	-	-	1	5	-
12.	Balaesang	-	-	-	-	-	1	6	1
13.	Balaesang Tanjung	-	-	-	-	-	1	4	-
14.	Damsol	-	-	-	-	-	1	12	-
15.	Sojol	-	-	-	-	-	1	6	-
16.	Sojol Utara	-	-	-	-	-	1	3	-
Jumlah		1	-	-	-	-	14	74	10

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Jenis penyakit yang masih banyak diderita oleh penduduk di daerah ini umumnya masih didominasi oleh penyakit Lambung dan gangguan pencernaan. Untuk memberikan kemudahan pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya pegawai negeri dan keluarganya, hingga Tahun 2012 pemerintah dengan program ASKES telah berhasil melayani 15.935 peserta.

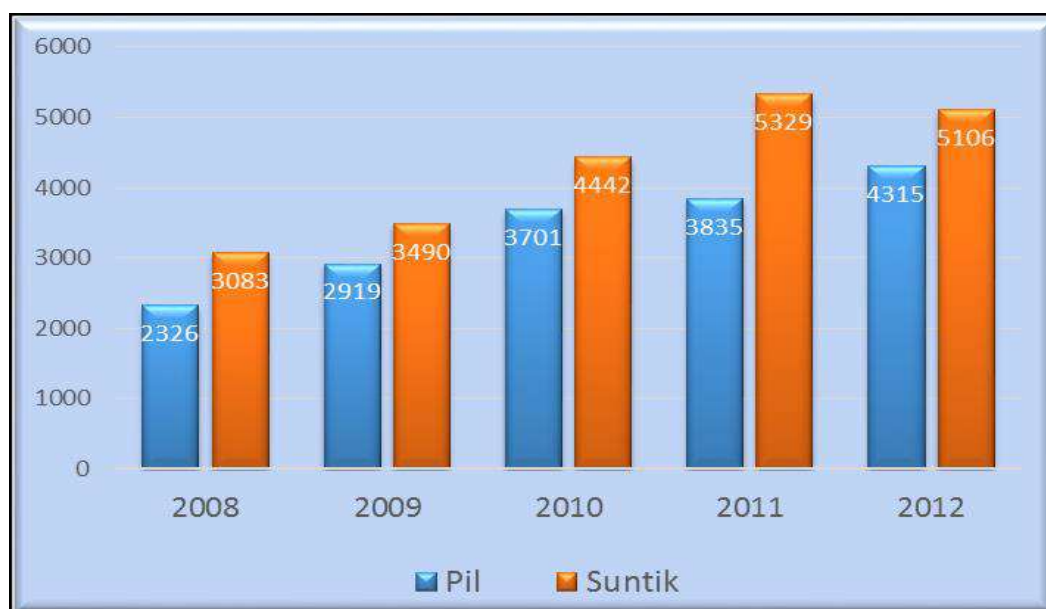
4.12 Keluarga Berencana

Untuk mendukung keberhasilan program Keluarga Berencana (KB) dalam rangka mengatur kelahiran maka pada Tahun 2012 setiap kecamatan telah dibentuk klinik KB. Jumlah klinik KB paling sedikit terdapat di Kecamatan Sojol Utara dan Kecamatan Pinembani yakni masing-masing 2 buah, sedangkan yang terbanyak terdapat di Kecamatan Damsol (10 buah).

Jenis alat/cara kontrasepsi yang paling diminati oleh akseptor baru adalah Suntikan yang mencapai 5.329 akseptor, diikuti oleh yang

menggunakan pil sebanyak 3.835 akseptor. Sedangkan yang terendah adalah yang menggunakan alat kontrasepsi berupa MO.

Gambar 5
Akseptor Baru menurut jenis Kontrasepsi, 2012



Pencapaian KB Aktif secara umum melebihi dari target yang dicanangkan. Pencapaian target tertinggi terdapat di Kecamatan Pinembani yang mencapai 273,81 persen, dan yang terendah adalah Kecamatan Sojol mencapai 104,68 persen.

4.13 Agama

Kabupaten Donggala adalah merupakan daerah yang didiami oleh berbagai suku bangsa dengan pemeluk agama yang berbeda-beda. Berdasarkan agama yang dianut, maka pada Tahun 2012 ini diketahui 88,39 persen penduduk memeluk agama Islam, 7,47 persen memeluk Agama Protestan, 0,55 persen memeluk agama Khatolik, dan 3,55 persen memeluk agama Hindu dan sisanya memeluk agama Budha (0,04 persen).

4. KONDISI EKONOMI

4.13 Potensi Unggulan Daerah

Potensi lahan wilayah Kabupaten Donggala, secara umum dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu kawasan hutan dan kawasan budidaya. Penggunaan kedua potensi alam tersebut dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 13
Luas Area Kabupaten Donggala menurut Penggunaannya
Tahun 2012

Jenis Penggunaan	Luas (Ha)
Kawasan Hutan	527 568,84
1 Hutan Negara	302,257,17
2 Hutan Rakyat	225 311,84
Kawasan Budidaya	166 167,89
1 Lahan Sawah	14 055,00
2 Perkebunan	70 942,89
3 Tambak/Kolam/Tebat/Empang	3 635,00
4 Tegal/Kebun	22 255,00
5 Ladang/huma	28 412,00
6 Sementara tidak diusahakan	26 868,00
Jumlah	693 736.73

Berdasarkan data sekunder yang dikumpulkan dari dinas Perkebunan dan Kehutanan Kabupaten Donggala Tahun 2012 tercatat luas kawasan hutan sekitar 527.569 ha, yang terdiri dari :

- Kawasan hutan negara tercatat sebesar 302.257 ha serta hutan rakyat sebesar 225.312 ha.
- Sedangkan untuk kawasan budidaya tercatat sebesar 166.168 ha, yang terdiri atas lahan sawah sebesar 14.055 ha, lahan perkebunan 70.943 ha, tambak 3.635 ha, ladang 28.412 ha serta lahan yang tidak diusahakan 26.868 ha.

Pembangunan di bidang ekonomi yang dilakukan pemerintah dalam tahapan pembangunan yang dilaksanakan diarahkan pada sector industri dengan didukung oleh sector pertanian yang tangguh. Perkembangan di sektor pertanian menjadi lebih penting lagi disebabkan jumlah penduduk yang berusaha di bidang pertanian masih sangat besar. Gambaran mengenai keadaan pertanian di Kabupaten Donggala yang menyangkut luas lahan yang digunakan, luas panen serta produksinya disajikan pada bab ini.

Sektor pertanian terdiri dari beberapa subsektor yaitu Subsektor pertanian tanaman pangan dan Hortikultura, Subsektor perkebunan, Subsektor kehutanan, Subsektor peternakan, Subsektor perikanan.

Berdasarkan Angka Tetap (ATAP) BPS Tahun 2012 diketahui bahwa luas tanam padi selama Tahun 2012 mencapai 26.615 ha yang terdiri dari 26.082 ha padi sawah dan 533 ha padi ladang. Sementara itu pada periode yang sama terjadi panen seluas 25.143 ha yang terdiri dari padi sawah seluas 24.466 ha dan padi ladang mencapai 677 ha. Produktivitas tanaman padi pada Tahun 2012 sebesar 47,16 kuintal/ha dengan produksi sebesar 118.567 ton. Bila dilihat menurut bulan diketahui bahwa luas panen padi sawah terluas pada bulan April yang mencapai 5.167 ha, sedangkan produksi terbesar pada bulan yang sama yakni sebesar 27.308 ton. Jumlah produksi pada Tahun 2012 sebanyak 116.785 ton.

Luas tanam palawija pada Tahun 2012 untuk tanaman jagung sebesar 2.624 ha, tanaman kedelai sebesar 560 ha, tanaman kacang tanah sebesar 472 ha, tanaman kacang hijau sebesar 157 ha, tanaman ubi kayu sebesar 314 dan tanaman ubi jalar sebesar 147 ha. Luas panen palawija Tahun 2012 untuk tanaman jagung sebesar 2.176 ha, tanaman kedelai sebesar 138 ha, tanaman kacang tanah sebesar 482 ha, tanaman kacang hijau sebesar 160 ha, tanaman ubi

kayu sebesar 310 ha dan tanaman ubi jalar sebesar 149 ha, dengan jumlah produksi tanaman Jagung sebesar 7.784 ton, tanaman Kedelai sebesar 181 ton, tanaman Kacang Tanah 861 ton, tanaman Kacang Hijau sebesar 134 ton, tanaman Ubi Kayu sebesar 6.173 ton dan tanaman Ubi Jalar sebesar 1.617 ton.

Subsektor perkebunan merupakan salah satu andalan Kabupaten Donggala. Sebagian besar masyarakatnya berusaha di sektor ini. luas tanam dan produksi beberapa komoditas perkebunan yang dihasilkan oleh Kabupaten Donggala pada Tahun 2012 adalah tanaman kelapa, kakao, kopi dan beberapa tanaman perkebunan lainnya.

Pada Tahun 2012 produksi perkebunan Kelapa di Kabupaten Donggala mencapai 30.058 ton. Produksi Kelapa tersebut sebagian besar terdapat di pesisir pantai barat Kabupaten Donggala.

Produksi tanaman Kakao di Kabupaten Donggala pada Tahun 2012 sebanyak 20.388 ton, mengalami kenaikan dari produksi Tahun 2011 (14.134 ton). Daerah penghasil Kakao terbesar adalah Kecamatan Sindue Tambusabora, Kecamatan Sojol dan Kecamatan Rio Pakava.

Produksi tanaman Kopi Tahun 2012 tercatat sebesar 308 ton. Daerah penghasil Kopi terbesar adalah Kecamatan Pinembani sebesar 87 ton.

Produksi komoditi perkebunan lainnya pada Tahun 2012 adalah: Cengkeh (1.422 ton), Kelapa Sawit (82.435 ton), Lada (57 ton), Jambu Mente (157 ton), Pala (2,7 ton), Vanilli (9 ton) dan Kapuk (44 ton).

Populasi ternak besar dan kecil yang terdiri dari kerbau, sapi, kuda, kambing, domba, dan babi di Kabupaten Donggala pada Tahun

2012 adalah: Kerbau (43 ekor), Sapi (35.299 ekor), Kuda (26 ekor), Kambing (27.713 ekor), Domba (188 ekor) dan Babi (6.469 ekor). Populasi ternak unggas untuk jenis ayam ras broiler, ayam ras petelur, ayam buras dan itik adalah: ayam ras broiler 140.689 ekor, ayam ras petelur 38.741 ekor, ayam buras 205.747 ekor dan Itik populasinya sebanyak 12.580 ekor.

Potensi perikanan laut di Kabupaten Donggala adalah di Kecamatan Banawa, Banawa Selatan, Labuan, Tanantovea, Sindue, Sirenja, Balaesang, Balaesang Tanjung, Damsol, Sojol dan Sojol Utara. Sedangkan untuk perikanan darat merata di semua kecamatan, kecuali Kecamatan Pinembani dan Kecamatan Rio Pakava. Data produksi perikanan di Kabupaten Donggala yang terdiri dari produksi perikanan laut, perikanan di perairan umum dan perikanan hasil budidaya rakyat sejak Tahun 2008 sampai Tahun 2012 dapat digambarkan secara umum sebagai berikut: pada Tahun 2012 tercatat produksi perikanan di Kabupaten Donggala sebesar 18.888.890 kg, mengalami penurunan dibanding dengan data Tahun sebelumnya 2011 yaitu sebesar 37.865.735 kg.

Komoditas-komoditas tersebut diatas memberikan kontribusi yang besar bagi pembentukan PDRB di Kabupaten Donggala. Oleh karena itu pola pengembangan pertanian, peternakan maupun perkebunan yang diadopsi adalah pola yang berbudaya industri dengan orientasi pasar dalam rangka pengembangan industri yang berbasis sumberdaya lokal.

Selain SDA di Kabupaten Donggala terdapat potensi alam yang dapat dikembangkan untuk pembangunan yaitu :

- Sungai seluas 5.964,25 Ha yang dapat dipergunakan untuk sumber air bersih, pembangkit listrik, irigasi dan perikanan;

- Danau yang dapat digunakan untuk perikanan, obyek wisata dan pembangkit listrik.

Di Kabupaten Donggala terdapat 2 (dua) danau dengan luas 4.364,44 Ha, yaitu: Talaga Dampelas dan Rano; dan

- Laut yang luasnya sama dengan daratan Kabupaten Donggala dan di dalamnya terdapat 15 (lima belas) pulau yang tidak hanya menyimpan potensi perikanan, tetapi dapat juga untuk obyek wisata. Untuk itulah maka pada Tahun 2009 yang telah disusun rencana induk pengembangan pariwisata Kabupaten Donggala yang meliputi potensi wisata bahari, alam, budaya dan cagar alam.

Potensi alam lain adalah potensi pertambangan. Bahan tambang yang terkandung dalam kekayaan alam Kabupaten Donggala, antara lain berupa sirtu, granit, andesit, dasit, basalt, lempung, dan batu gamping. Dari beberapa bahan tambang yang tersedia tersebut, baru sebagian kecil yang dimanfaatkan berupa galian C, sedangkan sebagian besar masih merupakan potensi yang memerlukan promosi untuk menarik minat investor.

Sarana dan prasarana pendukung yang dimiliki untuk menunjang kegiatan ekonomi Kabupaten Donggala pada Tahun 2012 memiliki ruas jalan yang di aspal sepanjang 714,64 km yang terdiri dari Jalan Negara 320,02 km, Jalan Propinsi 7,89 dan Jalan Kabupaten 386,73 km. Jalan di Kabupaten Donggala yang sepanjang 1.343,22 km, kondisinya yang ada sekarang ini sebagian sudah rusak dan rusak berat yaitu 195,57 km rusak dan 253,91 km rusak berat, sedangkan yang baik sepanjang 455,88 km, dan yang kondisinya sedang 139,06 km. Yang memprihatinkan adalah jalan sepanjang 198,81 km belum tembus. Jumlah kendaraan yang wajib uji di Kabupaten Donggala pada Tahun 2012 sebanyak 2.696 kendaraan yang terdiri

dari mobil bus umum 381, mobil barang umum 2.263, kendaraan khusus umum sebanyak 42 serta kereta gandeng sebanyak 4 buah kendaraan.

Perkembangan kegiatan pelayanan jasa pos dan giro sangat tergantung pemanfaatannya oleh masyarakat. Data pos yang disajikan meliputi kegiatan pelayanan yang diberikan terhadap penerimaan dan pengiriman surat-surat pos, warkat/kartu pos, paket pos, dan wesel pos. Dalam mendukung kegiatan pelayanan jasa pos terhadap masyarakat di wilayah Kabupaten Donggala, pada Tahun 2012 sarana pelayanan jasa pos dan giro berupa kantor pos unit yang tersebar di kecamatan sebanyak 4 unit yang meliputi 4 kecamatan, yaitu di Kecamatan Banawa, Sirenja, Sindue, dan Damsol, sedangkan 12 kecamatan yang lain belum mempunyai kantor pos unit sendiri. Di sub sektor telekomunikasi, kebutuhan akan informasi yang cepat menuntut tersedianya sarana dan prasarana yang memadai dan mudah dijangkau oleh masyarakat.

Lintas kapal yang masuk dan keluar dari Kabupaten Donggala dilayani oleh 2 (dua) pelabuhan yaitu pelabuhan Wani dan Ogoamas. Sementara pelabuhan Donggala sebagai pelabuhan samudera tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya karena kondisinya yang tidak lagi memenuhi syarat untuk dioperasikan. Disamping itu pemerintah daerah telah mengoperasikan 5 (lima) unit terminal angkutan yang berfungsi untuk melayani dan mengkoordinir arus penumpang barang antar wilayah.

Potensi pariwisata Kabupaten Donggala dikembangkan atas dasar beberapa dimensi antara lain pengembangan nilai budaya yang sudah ada dalam masyarakat, pengembangan nilai ekonomi masyarakat dan mempertahankan karakteristik dasar dari masyarakat serta nilai adat istiadat dan agama. Khusus untuk wisata

alam, Kabupaten Donggala telah memiliki berbagai obyek wisata yang cukup potensial untuk dikelola secara lebih intensif, antara lain Pantai Pasir Putih Tanjung Karang, Pantai Enu dan Towale, serta beberapa obyek wisata alam lainnya. Potensi sumber daya alam lainnya yang ada di Kabupaten Donggala adalah berupa bahan galian tambang A, B, dan C, serta hutan yang memerlukan pengelolaan yang lebih intensif dan terpadu.

4.14 Pertumbuhan Ekonomi/PDRB

Indikator ekonomi untuk mengukur keberhasilan program dan kegiatan pembangunan ekonomi suatu daerah dapat dilihat dari Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), PDRB per Kapita dan Laju Pertumbuhan Ekonomi, dihitung berdasarkan harga berlaku (*current price*) maupun berdasarkan harga konstan (*constant price*).

a. Produk Domesti Regional Bruto (PDRB)

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Kabupaten Donggala tahun 2012 berdasarkan harga berlaku sebesar 5.238.652 juta rupiah. Nilai ini mengalami peningkatan 18,25 persen dibandingkan tahun sebelumnya, yang hanya sebesar 4.430.109 juta rupiah. Demikian pula terjadi peningkatan yang signifikan pada Produk Domestik Regional Bruto riil yang mencapai 2.016.574 juta rupiah dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 1.851.001 juta rupiah. Dengan demikian secara umum PDRB Kabupaten Donggala tahun 2012 baik atas dasar harga berlaku maupun konstan mengalami peningkatan yang cukup signifikan.

Tabel 14
Produk Domestik Regional Bruto Atas Dasar Harga Berlaku dan Konstan
menurut Lapangan Usaha (Jutaan Rupiah)
Tahun 2010 – 2012

Lapangan Usaha		Harga Berlaku			Harga Konstan 2000		
		2010	2011 ^{a)}	2012 ^{a)}	2010	2011 ^{a)}	2012 ^{a)}
1		2	3	4	5	6	7
1.	Pertanian	1 542 817	1 721 581	1 909 739	686 989	720 342	758 007
2.	Penggalian	193 501	263 030	367 779	75 075	86 697	100 592
3.	Industri Pengolahan	158 992	173 440	186 469	77 420	78 676	79 836
4.	Listrik dan Air Bersih	10 986	13 237	15 862	4 643	5 196	736
5.	Bangunan	300 358	387 599	514 250	142 249	167 249	198 552
6.	Perdagangan, Hotel & Restoran	495 805	588 802	692 241	255 374	278 204	300 345
7.	Angkutan dan Komunikasi	253 067	298 337	354 370	126 088	137 317	151 195
8.	Keuangan, Persewaan dan Jasa Perusahaan	83 888	100 292	114 274	31 690	34 571	37 343
9.	Jasa-jasa	710 857	883 791	1 083 667	301 600	342 748	384 967
Produk Domestik Regional Bruto		3 750 271	4 430 109	5 238 652	1 701 128	1 851 001	2 016 574

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

b. Laju Pertumbuhan Ekonomi

Laju pertumbuhan PDRB riil tahun 2012 mencapai 8,95 persen. Mengalami peningkatan dibanding tahun 2011 sebesar 8,81 persen. Secara umum pertumbuhan ekonomi Kabupaten Donggala masih berada diatas rata-rata pertumbuhan nasional.

Tabel 15
Laju Pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto
menurut Lapangan Usaha, Tahun 2010 – 2012 (%)

Lapangan Usaha		2010	2011 ^{a)}	2012 ^{a)}
1		2	3	4
1.	Pertanian	1.49	4.85	5.23
2.	Penggalian	17.37	15.48	16.03
3.	Industri Pengolahan	2.03	1.62	1.47
4.	Listrik dan Air Bersih	11.38	11.93	10.39
5.	Bangunan	18.75	17.57	18.72
6.	Perdagangan, Hotel & Restoran	8.79	8.94	7.96
7.	Angkutan dan Komunikasi	14.02	8.91	10.11
8.	Keuangan, Persewaan dan Jasa Perusahaan	11.31	9.09	8.02
9.	Jasa-jasa	12.80	13.64	12.32
Produk Domestik Regional Bruto		7.54	8.81	8.95

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

c. Struktur Ekonomi

PDRB menurut sektor ekonomi yang paling besar kontribusinya dalam perekonomian di Kabupaten Donggala berasal dari sektor pertanian, yang mencapai hampir separuh dari keseluruhan PDRB, yaitu sebesar 36,45 persen. Peranan terbesar kedua pada sektor jasa-jasa yaitu sebesar 20,69 persen. Sedangkan peranan terbesar ketiga pada sektor perdagangan, hotel, dan restoran, yang mencapai 13,21 persen.

Tabel 16
Distribusi Presentase Produk Domestik Regional Bruto
Atas Dasar Harga Berlaku dan Harga Konstan
Menurut Lapangan Usaha (%)
Tahun 2010 – 2012

Lapangan Usaha		Harga Berlaku			Harga Konstan 2000		
		2010	2011 ^a	2012 ^a	2010	2011 ^a	2012 ^a
<i>1</i>		<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
1.	Pertanian	41,14	38,86	36,45	40,38	38,92	37,59
2.	Penggalian	5,16	5,94	7,02	4,41	4,68	4,99
3.	Industri Pengolahan	4,24	3,92	3,56	4,55	4,25	3,96
4.	Listrik dan Air Bersih	0,29	0,30	0,30	0,27	0,28	0,28
5.	Bangunan	8,01	8,75	89,82	8,36	9,04	9,85
6.	Perdagangan, Hotel & Restoran	13,22	13,29	13,21	15,01	15,03	14,89
7.	Angkutan dan Komunikasi	6,75	6,73	6,76	7,41	7,42	7,50
8.	Keuangan, Persewaan dan Jasa Perusahaan	2,24	2,26	2,18	1,86	1,87	1,85
9.	Jasa-jasa	18,95	19,95	20,69	17,73	18,52	19,09
Produk Domestik Regional Bruto		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

d. Pendapatyan Perkapita

PDRB Perkapita Kabupaten Donggala terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2012 PDRB perkapita ADH berlaku mengalami peningkatan cukup tinggi dibandingkan tahun sebelumnya. Dimana pada tahun 2011 PDRB perkapita Kabupaten Donggala sebesar Rp.15.667.825,- maka pada tahun 2012 menjadi Rp. 18.438.621,- atau meningkat sebesar 17,68 persen. Jika dihitung atas dasar harga konstan

2000, nilai ini pun meningkat sebesar 8,42 persen, yaitu dari Rp. 6.546.375 pada tahun 2011 menjadi Rp. 7.097.788 pada tahun 2012.

Tabel 17
Perkembangan Pendapatan Regional dan Angka-Angka Perkapita
Atas dasar Harga Berlaku dan Harga Konstan
Tahun 2010 – 2012

Rincian	Harga Berlaku			Harga Konstan 2000		
	2010	2011 ^{a)}	2012 ^{a)}	2010	2011 ^{a)}	2012 ^{a)}
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
1 Produk Domestik Regional Bruto Atas dasar harga Pasar (Juta Rp)	3 750 271	4 430 109	5 238 652	1 701 128	1 851 001	2 016 574
2 Penyusutan Barang-Barang Modal (Juta Rp)	185 638	219 290	259 313	84 206	91 625	99 820
3 Produk Domestik Regional Netto (Juta Rp)	3 564 633	4 210 818	4 979 339	1 616 923	1 759 376	1 916 753
4 Pajak Tak Langsung Netto (Juta Rp)	52 503	62 021	73 341	23 816	25 914	28 232
5 Produk Domestik Regional Netto Adb Faktor (Juta Rp)	3 512 129	4 148 797	4 905 998	1 593 107	1 733 462	1 888 522
6 Jumlah Penduduk Pertengahan Tahun (Jiwa)	280 965	282 752	284 113	280 965	282 752	284 113
7 Produk Domestik Regional Brutto perkapita (Rp)	13 347 823	15 667 825	18 438 621	6 054 592	6 546 375	7 097 788

Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

BAB V

HASIL PENELITIAN KEBERHASILAN PROGRAM KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA

Dalam proses dan kegiatan pembangunan, penduduk merupakan faktor yang sangat dominan karena bukan saja berperan sebagai pelaksana tetapi juga menjadi sasaran pembangunan itu sendiri. Untuk menunjang keberhasilan pembangunan nasional, permasalahan penduduk tidak saja diarahkan pada upaya pengendalian penduduk tetapi juga dititikberatkan pada peningkatan kualitas sumber daya manusia. Jumlah penduduk yang sangat besar disadari hanya akan menjadi beban pembangunan jika berkualitas rendah, apalagi jika distribusi geografis tidak merata dan komposisinya secara sosial dan budaya sangat beragam.

Istilah kependudukan (*population*) dihubungkan dengan hal-hal yang menyangkut perubahan-perubahan dalam struktur kependudukan, yang meliputi pertumbuhan penduduk, jumlah penduduk, komposisi, dan persebaran penduduk. Perubahan-perubahan tersebut dapat terjadi

karena kelahiran (*fertilitas*), kematian (*mortalitas*), perkawinan, perpindahan penduduk (*migration*) dan mobilitas sosial.

Perubahan jumlah penduduk yang tidak terkendali tidak hanya berdampak pada masalah pemenuhan kebutuhan pokok yaitu pangan, sandang dan papan, tetapi juga pada masalah pemenuhan fasilitas kehidupan yang layak (seperti pelayanan pendidikan, kesehatan dan masalah ekonomi dan sosial yang lain) sesuai dengan tuntutan perkembangan zaman. Kemajuan zaman diikuti pertumbuhan penduduk yang tinggi membuat tuntutan konsumsi semakin besar, dan tuntutan pemenuhannya semakin besar pula. Jika barang pemenuhan kebutuhan terbatas, akan terjadi persaingan untuk mendapatkannya. Akibatnya penduduk yang kemampuannya terbatas, terpaksa tidak mendapatkannya. Hal yang demikian juga terjadi dalam penyerapan tenaga kerja. Penduduk yang “kalah” dalam persaingan akan menjadi pengangguran dan tentunya menyusul rentetan dampak di bidang ekonomi dan sosial lainnya. Penduduk yang tidak bekerja akan menjadi miskin karena tidak mampu menopang kehidupannya. Akibatnya muncullah pemukiman kumuh, gangguan keamanan, kriminalitas meningkat, dan masalah sosial lainnya.

Oleh karena itu, perlu dilakukan pengendalian penduduk dan sekaligus diharapkan dapat meningkatkan kualitas sumberdaya manusia sebagaimana diamanatkan dalam tujuan pembangunan nasional.

1. Jumlah dan Pertumbuhan Jumlah Penduduk

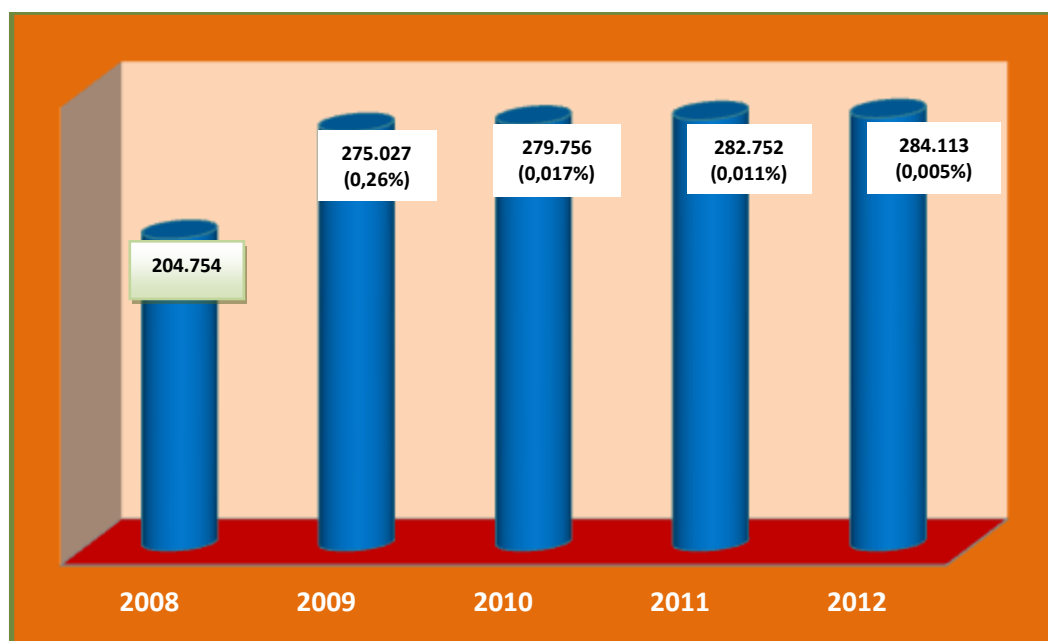
Pemantauan laju pertumbuhan penduduk sangat penting sebagai penentu kebijakan di bidang kependudukan, yaitu untuk mengendalikan jumlah penduduk. Penduduk yang besar sebenarnya menjadi modal pembangunan yang potensial apabila kualitasnya baik. Namun, jumlah

penduduk yang terlalu besar dan tidak diimbangi dengan tingkat produktifitas yang tinggi akan menimbulkan dampak yang kompleks di segala bidang.

Pertumbuhan penduduk merupakan keseimbangan yang dinamis antara kekuatan-kekuatan yang menambah dan kekuatan-kekuatan yang mengurangi jumlah penduduk. Jumlah dan laju pertumbuhan penduduk sangat dipengaruhi oleh tiga komponen pokok yaitu kelahiran (*fertilitas*), kematian (*mortalitas*) dan perpindahan penduduk (*migration netto*). Pertumbuhan alami akan meningkat apabila kelahiran lebih besar daripada kematian dan atau migrasi masuk (*in migration*) lebih besar daripada migrasi keluar (*out migration*). Pertumbuhan penduduk di Kabupaten Donggala dalam kurun waktu 2008 – 2012 ditunjukkan gambar Gambar berikut :

Gambar 6

Pertumbuhan Penduduk di Kabupaten Donggala
Tahun 2008 ~ 2012



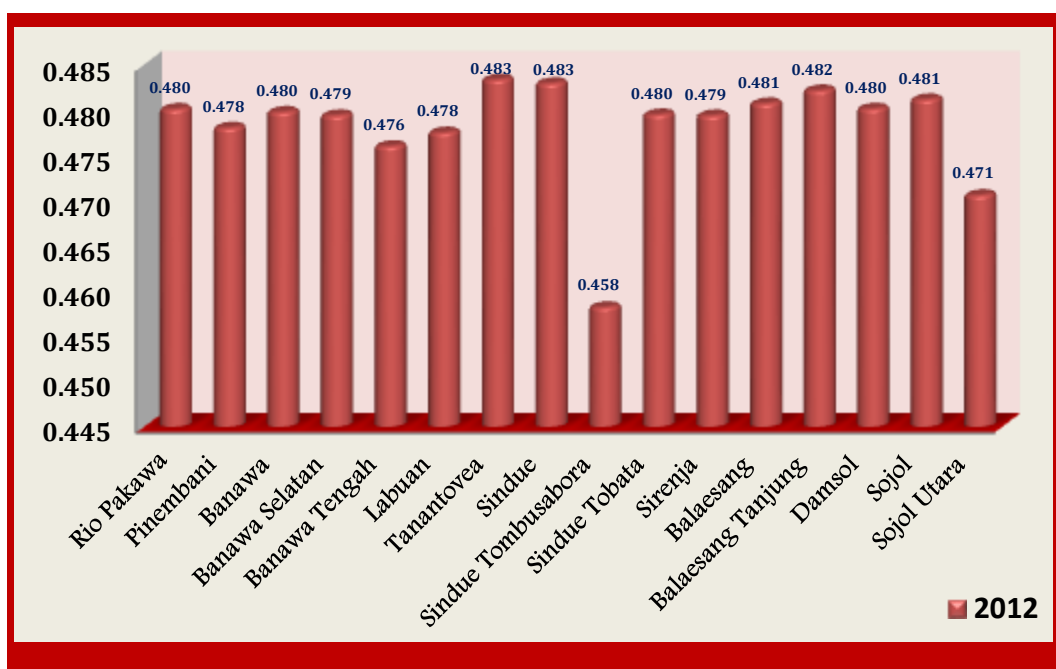
Sumber : Statistik Dalam Angka Kabupaten Donggala, 2013

Gambar di atas menunjukkan bahwa penduduk Kabupaten Donggala mengalami pertumbuhan yang relative stabil dari tahun ketahun terutama pada tahun 2009 sampai 2012. Pertumbuhan tertinggi terjadi pada priode 2008 ke 2009 yakni sebesar 0.26%. pada tahun 2009 sampai dengan 2012 mengalami pertumbuhan yang relative kecil dan bahkan bila dilihat dari angka persentase pertumbuhannya memperlihatkan penurunan. Pada tahun 2010 terjadi pertumbuhan sebesar 0,017%, pada tahun 2011 pertumbuhan sebesar 0,011% dan pada tahun 2012 nyaris tidak terjadi pertumbuhan atau hanya tumbuh sebesar 0.005%.

Dilihat dari aspek pertumbuhan penduduk antar wilayah kecamatan di Kabupaten Donggala. Pada tahun 2012 pertumbuhan penduduk terlihat merata yaitu sekitar 4-5% di seluruh wilayah kecamatan. Pertumbuhan tertinggi terjadi pada Kecamatan Tanantovea dan Sindue masing-masing 0,483% dan yang terendah terjadi pada Kecamatan Sindue Tambusabora yaitu sebesar 0,458%.

Gambaran pertumbuhan penduduk tersebut, baik pertumbuhan di antar wilayah kecamatan (digambarkan dalam Gambar-2) maupun dilihat dari pertumbuhannya setiap tahun mengindikasikan bahwa pertumbuhan penduduk di Kabupaten Donggala dalam priode tersebut dapat dikendalikan dengan baik. Hal ini sangat ditentukan oleh kemampuan pemerintah daerah dalam mengendalikan faktor penyebab pertumbuhan penduduk alami seperti pengendalian angka kelahiran (*fertilitas*) dan angka kematian (*mortalitas*), serta perpindahan penduduk (*migration*) baik yang masuk (*in migration*) maupun yang keluar (*out migration*).

Gambar 7
Pertumbuhan Penduduk Kabupaten Donggala Menurut Kecamatan
Tahun 2012



Sumber : Statistik Dalam Angka Kabupaten Donggala, 2013

2. Fertilitas dan Mortalitas

Stabilitas pertumbuhan penduduk dalam suatu wilayah tergantung pada keseimbangan antara angka kelahiran (fertilitas) ditambah jumlah migrasi masuk (*in migration*) dan angka kematian (*mortalitas*) ditambah migrasi keluar (*out migration*). Selain factor tersebut proporsi wanita yang berstatus kawin, partisipasi dalam keluarga berencana dan umur wanita pada saat perkawinan pertama merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat fertilitas

Upaya pengendalian pertumbuhan jumlah penduduk biasanya dilakukan untuk mencegah terjadinya kelahiran melalui program perencanaan kelahiran seperti progam penggunaan alat kontrasepsi, pencegahan

pernikahan dini dan lain sebagiannya, serta beberapa program pembinaan kaum perempuan yang memasuki usia nikah.

Meskipun tinggi rendahnya fertilitas dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial, ekonomi, dan karakteristik demografi. Pembekalan pengetahuan yang cukup tentang fertilitas bagi kaum perempuan akan sangat berguna, terutama untuk negara-negara berkembang seperti Indonesia. Tingginya tingkat fertilitas disebabkan antara lain oleh:

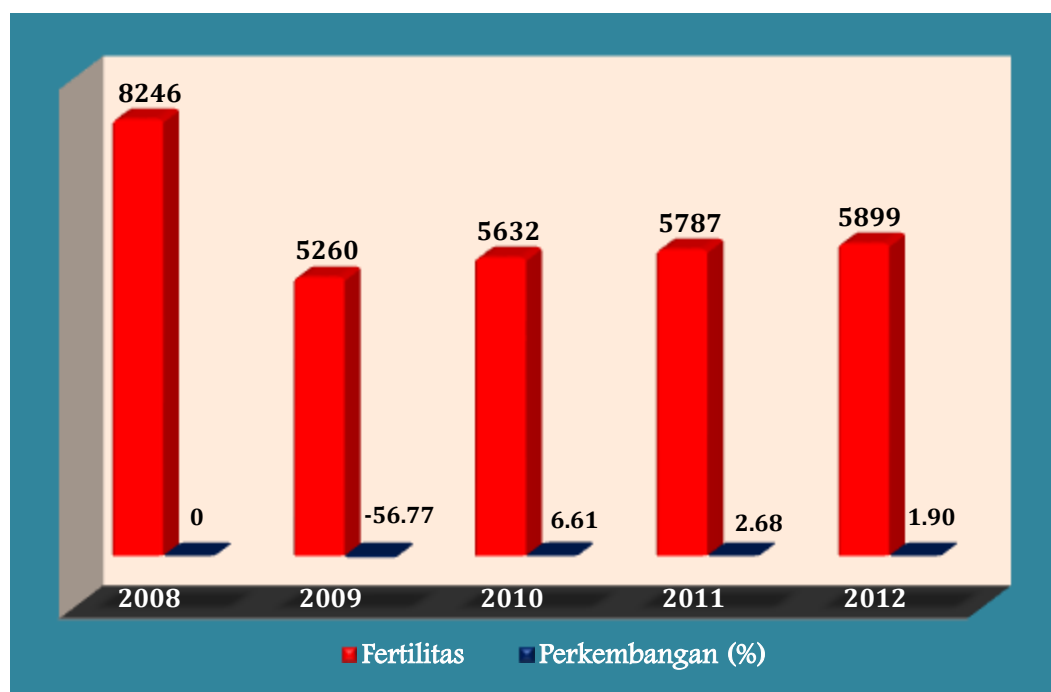
1. Anggapan banyak anak banyak rezeki
2. Masih banyak orang tua yang menikahkan anak gadisnya pada usia muda, sehingga melahirkan pada usia muda juga
3. Pemikiran bahwa biaya untuk membesarkan anak lebih rendah dibandingkan dengan keuntungan ekonomi yang didapatkan
4. Tingkat kematian terutama bayi masih tinggi, sehingga orang tua berpikir untuk mempunyai anak lagi
5. Pengetahuan/akses para pasangan muda terhadap informasi mengenai alat kontrasepsi kurang memadai.

Dari hal-hal tersebut dapat diketahui pemberdayaan kaum perempuan sebagai pemegang peranan penting dalam keluarga sangat diperlukan. Pengetahuan dan wawasan yang luas dapat mengubah pandangan-pandangan tersebut di atas sehingga ada kesadaran untuk menekan laju fertilitas sesuai dengan kemampuannya dalam membesarkan anak secara optimal, sehingga generasi berikutnya adalah generasi yang berkualitas.

Indikator keberhasilan pelaksanaan program tersebut dapat dilihat dari capaian jumlah kelahiran hidup di dalam suatu wilayah. Bila jumlah kelahiran dari waktu ke waktu menunjukkan trend menurun maka program tersebut dianggap berhasil dan sebaliknya peningkatan jumlah kelahiran mensinyalkan kegagalan program tersebut. Berdasarkan data sekunder, terlihat bahwa jumlah penduduk lahir hidup di Kabupaten

Donggala selama priode 2008-2012 mengalami pertumbuhan relatif stabil dalam arti tidak menunjukkan pertumbuhan yang drastis dari tahun ketahun, sebagaimana digambarkan Gambar berikut :

Gambar 8
Jumlah Penduduk Lahir Hidup di Kabupaten Donggala
Tahun 2008 -2012

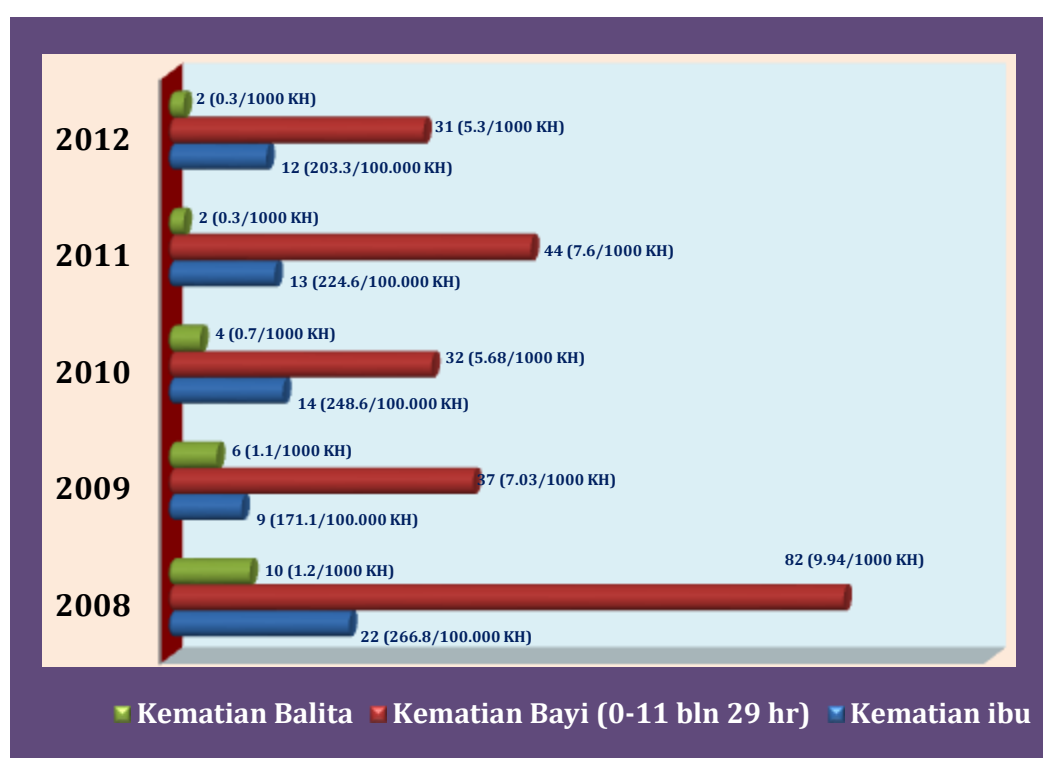


Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, 2013

Dari gambar tersebut terlihat bahwa tingkat kelahiran hidup dari 2008 ke 2009 mengalami penurunan yang cukup signifikan yaitu sebesar 56,77%. Kemudian mengalami peningkatan yang menurun selama tiga tahun yaitu sebesar 6,61% tahun 2010, 2,68% tahun 2011, dan 1,90% tahun 2012. Pertumbuhan angka kelahiran ini, mengindikasikan keberhasilan pengendalian angka kelahiran di Kabupaten Donggala tahun 2008 – 2012.

Sementara itu, pengendalian pertumbuhan dari aspek mortalitas dapat dilihat tingkat kematian bayi dan ibu. Indikator keberhasilan dalam penanganan mortalitas ini terukur dari jumlah kematian bayi dan ibu dalam periode waktu tertentu. Gambaran tentang keadaan mortalitas di Kabupaten Donggala dalam periode 2008-2012 dapat dilihat dalam Gambar berikut :

Gambar 9
Perkembangan Mortalitas di Kabupaten Donggala
Tahun 2008-2012



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, 2013

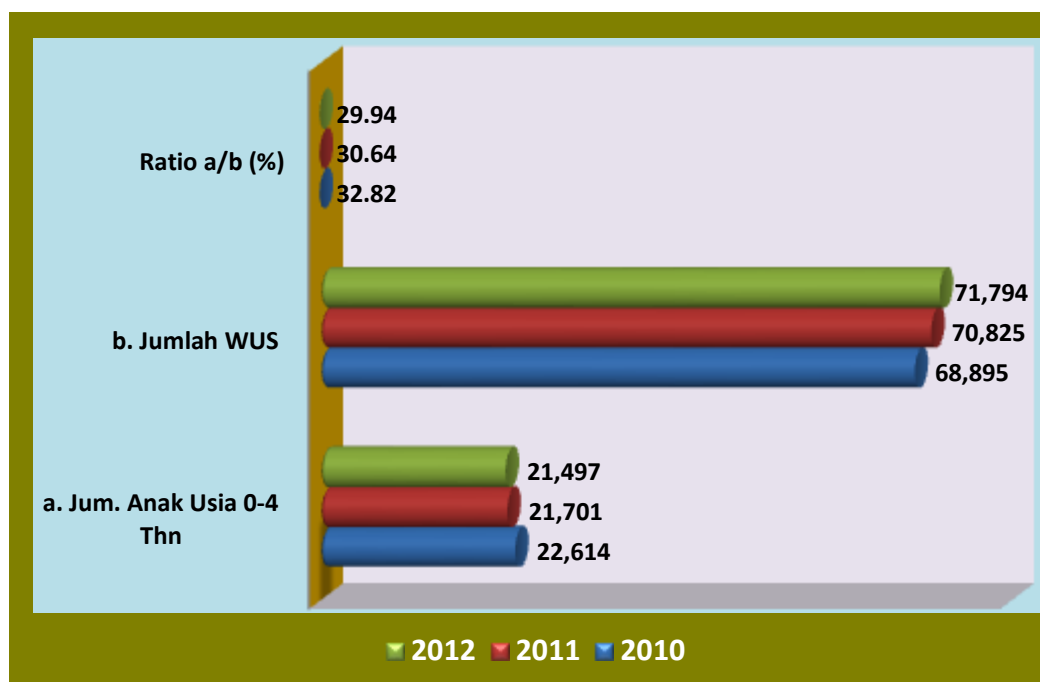
Data dalam gambar di atas menunjukkan tingkat kematian bayi (0-11 bulan 29 hari) mengalami penurunan yang sangat signifikan dari tahun 2008 sebesar 82 bayi (9,84 per 1000 kelahiran hidup) menjadi 31 bayi (5,3 per 1000 kelahiran hidup) atau turun lebih 50% pada tahun 2012.

Demikian juga pada bayi dibawah lima tahun (balita), dari 22 balita (227 per 100.000 kelahiran hidup) tahun 2008 dapat ditekan menjadi 12 balita (203 per 100.000 kelahiran hidup) pada tahun 2012. Sedangkan untuk kematian ibu, juga dapat ditekan dari 10 ibu (1,2 per 1000 kelahiran hidup) pada tahun 2008 menjadi 2 ibu (0,3 per 1000 kelahiran hidup). Gambaran ini mengindikasikan keberhasilan penanganan kelahiran ibu dan anak untuk mencegah tingkat kematian bayi dan ibu.

3. Perbandingan Penduduk Usia 0-4 Tahun Dengan WUS

Untuk melihat tingkat fertilitas dalam suatu wilayah atau daerah dalam priode waktu tetentu dapat dilakukan dengan melihat ratio atau perbandingan jumlah anak usia 0-4 tahun dengan jumlah wanita usia 15-49 tahun (WUS). Hasil dari pengukuran ini dapat digunakan sebagai salah satu indikator dalam melihat angka kelahiran selama 5 tahun terakhir (BKBPP Kabupaten Donggala, 2012). Dengan asumsi semakin kecil rasionya semakin kecil kemungkinan kelahiran yang terjadi dan sebaliknya makin besar rasionya semakin besar kemungkinan tingkat kelahiran bayi di daerah tersebut.

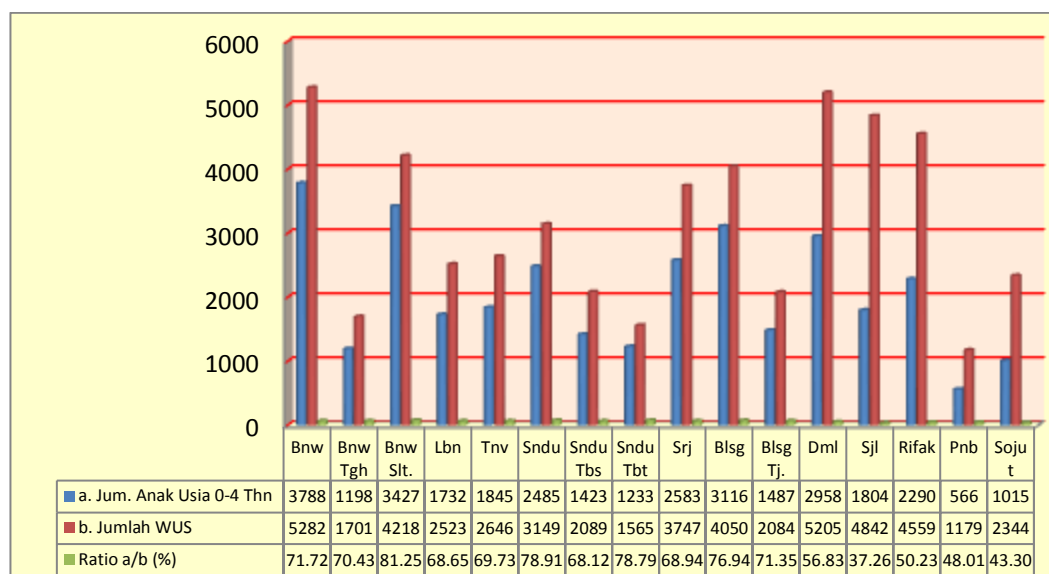
Gambar 10
Ratio Pertumbuhan Jumlah Anak Usia 0-4 Tahun Dengan WUS
Tahun 2010-2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kabupaten Donggala, 2013

Dari data tersebut di atas terlihat bahwa rasio antara usia 0-4 tahun dengan jumlah WUS di Kabupaten Donggala selama 3 tahun terakhir yaitu dari 2010 – 2012 menunjukkan penurunan. Pada tahun 2010 rasionya sebesar 32,83 persen turun menjadi 30,64 persen tahun 2011, dan turun lagi menjadi 29,94 persen pada tahun 2012. Hal ini mengindikasikan bahwa jumlah kelahiran di Kabupaten Donggala terjadi penurunan setiap tahunnya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kelahiran di Kabupaten Donggala pada tahun 2009-2012 dapat dikendalikan dengan baik.

Gambar 11
Ratio Jumlah Anak Usia 0-4 Tahun dengan WUS Menurut Kecamatan
Tahun 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Berdasarkan pengukuran angka ratio jumlah balita atau anak usia 0-4 tahun dengan jumlah WUS di beberapa kecamatan Kabupaten Donggala pada tahun 2012 menunjukkan bahwa angka ratio tertinggi terjadi di Kecamatan Banawa Selatan yaitu sebesar 81,25 persen dan yang terendah di Kecamatan Sojol Utara sebesar 43,30 persen. Hal ini mengindikasikan bahwa kelahiran di Kecamatan Banawa Selatan dimungkinkan lebih besar ketimbang di kecamatan lain dan kemungkinan kelahiran terendah akan terjadi di Kecamatan Sojol Utara.

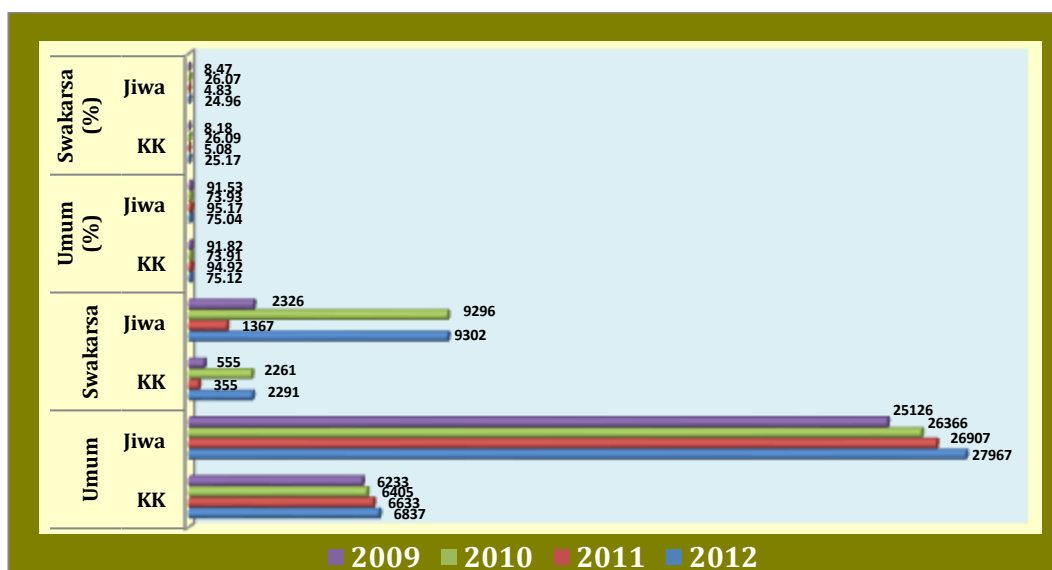
4. Perpindahan Penduduk (*Migration*)

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa pertumbuhan penduduk ditentukan oleh factor alamiah, salah satunya adalah karena adanya perpindahan penduduk dari suatu daerah kedaerah lain. Akan terjadi

pertumbuhan penduduk yang positif ketika jumlah migrasi masuk (*in migration*) jumlahnya lebih besar dari migrasi keluar (*out migration*). Di Kabupaten Donggala kemungkinan perpindahan penduduk yang masuk lebih besar dari yang keluar. Karena Kabupaten Donggala termasuk salah satu daerah penerima transmigrasi yang sangat potensial di Sulawesi Tengah. Pemerintah Daerah Kabupaten Donggala hingga Tahun 2012 telah menempatkan sebanyak 9.102 Kepala Keluarga (KK) atau 37.269 jiwa transmigran. Jumlah tersebut terdiri dari 6.837 KK (27.967 Jiwa) atau 75,12 persen Transmigran Umum dan 2.291 KK (9.302 Jiwa) atau 25,17 persen Transmigran Swakarsa. Dibanding tahun sebelumnya. Secara total jumlah transmigrasi di Kabupaten Donggala cenderung meningkat. Pada tahun 2009 sebesar 6.788 KK (27.452 jiwa), tahun 2010 meningkat menjadi 8.666 KK (35.662 jiwa), tahun 2011 terjadi penurunan 6.988 KK (28.274 jiwa), kemudian naik lagi pada tahun 2012.

Satu hal yang menarik dalam perkembangan transmigrasi di Kabupaten Donggala sampai tahun 2012 ini disebabkan karena peningkatan transmigrasi Swakarsa. Hal ini mengindikasikan adanya kesadaran masyarakat atas relokasi penduduk dari suatu daerah yang padat ke daerah yang kurang penduduk. Hal ini juga tentu akan sangat bermanfaat bagi daerah karena tersedianya tenaga kerja secara merata dalam mengelola sumberdaya daerah dan sekaligus sebagai sumber pendapatan bagi keluarga transmigrasi dan masyarakat di Daerah Kabupaten Donggala.

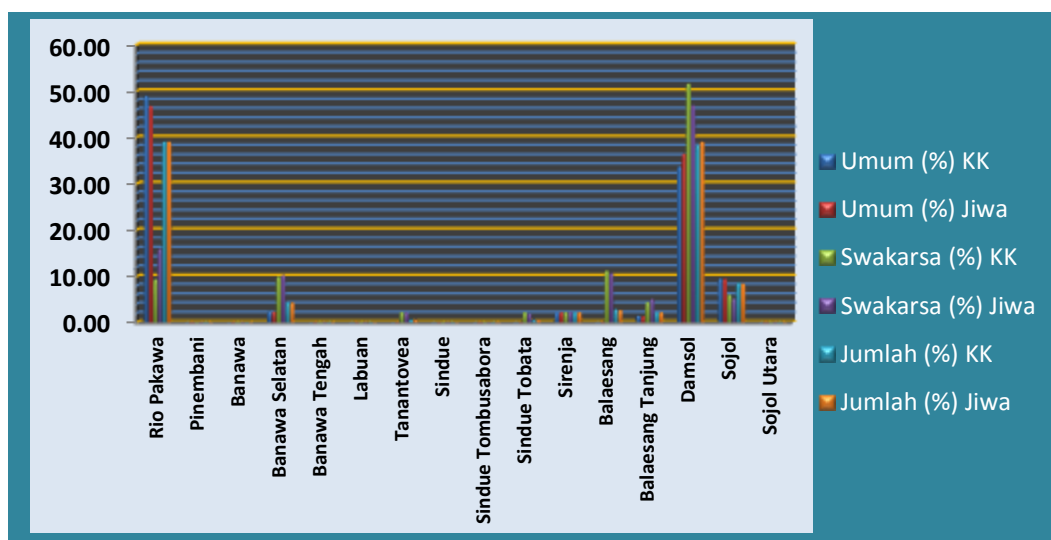
Gambar 12
Perkembangan Transmigrasi di Kabupaten Donggala Tahun 2009 – 2012



Sumber : Statistik Dalam Angka Kabupaten Donggala, 2013

Dari seluruh jumlah transmigrasi yang diterima ditempatkan pada beberapa daerah wilayah kecamatan, bagaimana terlihat dalam Gambar berikut :

Gambar 13
Jumlah Transmigrasi Umum dan Swakarsa di Wilayah Kecamatan Kabupaten Donggala Tahun 2012



Sumber : Statistik Dalam Angka Kabupaten Donggala, 2013

Gambar tersebut menggambarkan bahwa wilayah kecamatan sebagai sasaran transmigrasi yang paling banyak ditempati adalah Kecamatan Damsol 14.555 Jiwa atau 39,05 persen dan Riopakawa 14.544 Jiwa atau 39,02 persen. Konsekwensi dari penempatan tersebut disatu sisi akan menyebabkan kemungkinan tergalinya potensi ekonomi yang ada didaerah tersebut. Namun dilain pihak tentu akan berdampak pada bertambahnya jumlah penduduk yang pada gilirannya akan menyebabkan tingkat persaingan dan kemungkinan terjadinya gesekan-gesekan social yang non produktif.

5. Pendewasaan Usia Perkawinan

Salah satu aspek yang penting dalam upaya pengendalian jumlah pertumbuhan penduduk melalui pengaturan jumlah kelahiran adalah pencegahan perkawinan dini atau pedewasaan usia perkawinan. Penundaan perkawinan dibawah umur 25 tahun kebawah disamping diharapkan dapat mengurangi angka kelahiran, tetapi juga untuk mencegah resiko kehamilan dan melahirkan bagi wanita usia muda.

Umur perkawinan pertama perempuan merupakan salah satu tolok ukur kondisi kesehatan perempuan pada saat hamil dan melahirkan. Semakin muda umur perkawinan pertama, semakin besar resiko yang dihadapi bagi keselamatan ibu maupun anak pada saat mengandung dan melahirkan. Hal ini disebabkan belum matangnya rahim perempuan yang berusia muda untuk mereproduksi anak atau belum siap mental dalam membina rumah tangga. Namun sebaliknya, semakin tua umur perkawinan pertama, semakin besar juga resiko yang dapat terjadi pada saat kehamilan dan melahirkan. Dengan mengetahui umur perkawinan pertama yang diasumsikan dapat juga mengetahui umur melahirkan pertama, dapat dihitung tingkat kesehatan ibu pada saat hamil dan

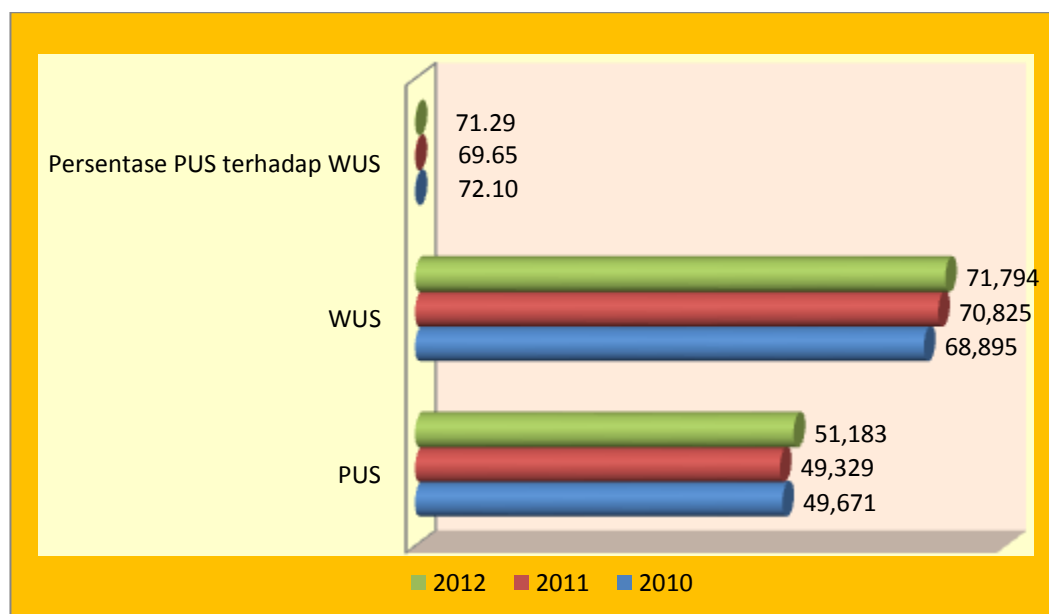
melahirkan. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa umur perkawinan pertama perempuan akan berpengaruh terhadap tingkat kelahiran, yang secara tidak langsung akan berpengaruh pada partisipasi masyarakat dalam Keluarga Berencana.

6. Proporsi PUS terhadap WUS

Ukuran peningkatan usia kawin pertama perempuan dapat dilihat dari proporsi PUS terhadap WUS. Persentase perbandingan PUS dan WUS yang kecil dapat diindikasikan semakin meningkatnya rata-rata usia kawin pertama perempuan, sebaliknya persentase yang besar menunjukkan semakin meurunnya usia kawin pertama perempuan. Sebaliknya apabila persentase PUS yang besar terjadi pada kelompok umur yang paling muda (diantara usia 15-49 atau 20 tahun kebawah) dapat dikatakan program pendewasaan usia perkawinan tidak berjalan dengan baik (BKBPP Kabupaten Donggala, 2012).

Gambar di bawah ini mengindikasikan bahwa pada tahun 2012 dari 71.794 WUS di Kabupaten Donggala 71,29 persen atau 51.183 diantaranya adalah Pasangan Usia Subur (PUS). Hal ini berarti lebih dari separuh WUS di Kabupaten Donggala berstatus kawin dan ini sangat potensial dalam meningkatkan jumlah kelahiran.

Gambar 14
Perkembangan Persentase PUS Terhadap WUS di Kabupaten Donggala
Tahun 2010-2012



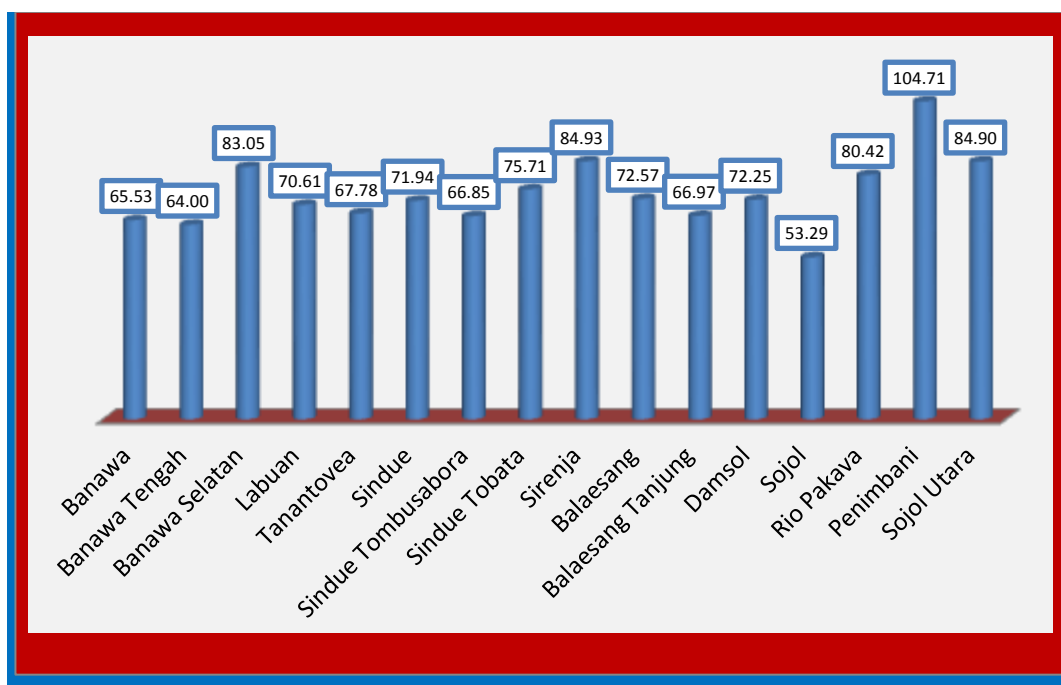
Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Gambaran Gambar di atas juga memperlihatkan bahwa persentase PUS terhadap WUS pada tahun 2012 mengalami peningkatan dibanding tahun sebelumnya sehingga potensi tingkat kelahiran pada tahun 2012 lebih tinggi dibanding tahun 2011. Hal ini juga mengindikasikan bahwa pendewasaan usia perkawinan di Kabupaten Donggala belum berjalan baik.

Persentase PUS terhadap WUS menurut kecamatan di Kabupaten Donggala menunjukkan angka diatas 50 persen artinya di seluruh kecamatan, lebih dari 50 persen Wanita Usia Subur (WUS) bersatus nikah, bahkan pada Kecamatan Panembani mencapai angka 104,71 persen dan merupakan angka tertinggi. Sementara yang terendah di

Kecamatan Sojol sebesar 53.29 persen, sebagaimana ditunjukkan pada Gambar berikut :

Gambar 15
Persentase PUS Terhadap WUS Menurut Kecamatan
Di Kabupaten Donggala Tahun 2012



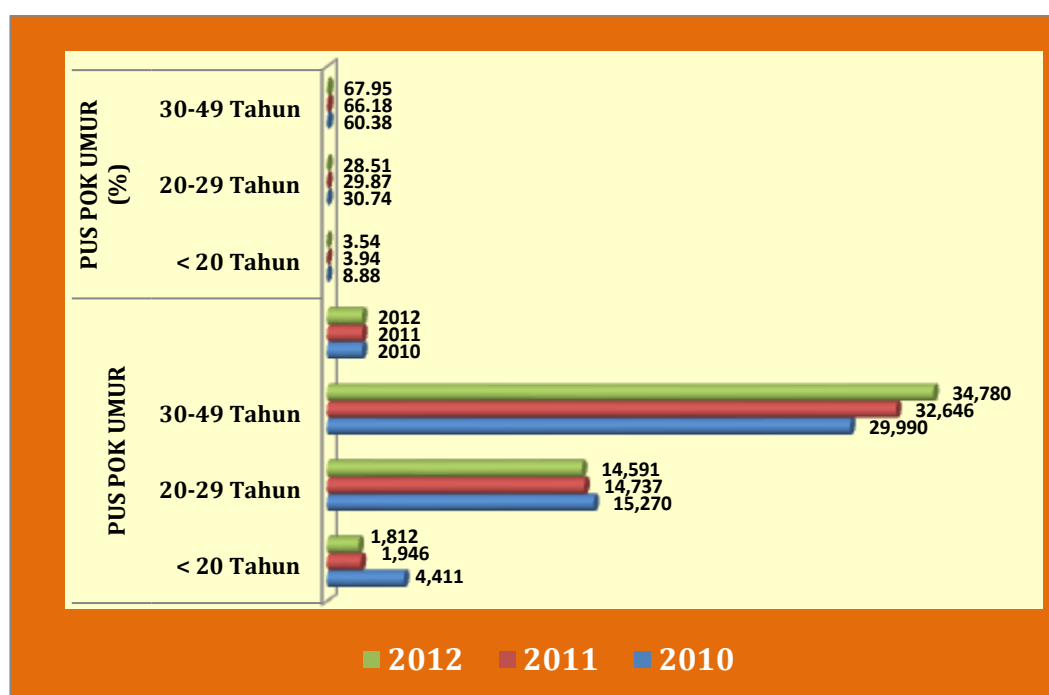
Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

7. Proporsi PUS yang Istrinya <20 Tahun Terhadap Jumlah PUS

Pengukuran lain yang biasa digunakan dalam mengendalikan angka kelahiran melalui program pendewasaan usia kawin yang sekaligus merupakan strategi dalam program KB adalah persentase PUS yang istrinya berusia < 20 tahun terhadap PUS yang ada. Angka ini memberikan gambaran tentang pasangan usia subur (PUS) yang kawin pada usia muda. Semakin rendah angka persentasenya manandakan semakin sedikit wanita kawin muda yang berarti pendewasaan usia kawin

berjalan baik. Program pendewasaan usia kawin juga dapat dilihat dari jumlah PUS yang istrinya 20-29 tahun. Semakin tinggi angka persentase berarti semakin banyak wanita yang kawin setelah usia 20 tahun keatas dengan demikian program penundaan usia kawin pertama di daerah itu semakin baik (BKBPP, Kabupaten Donggala, 2013).

Gambar 16
Proporsi PUS Berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Donggala
Tahun 2010 – 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Data tersebut di atas menggambarkan bahwa Jumlah PUS yang istrinya < 20 tahun dan angka perbandingannya dengan PUS di Kabupaten Donggala pada tahun 2012 menunjukkan angka yang semakin kecil dibanding tahun sebelumnya selama tahun 2010-2012. Pada tahun 2010 menunjukkan angka sebesar 8,88 persen dengan jumlah PUS sebanyak

4.411 pasang, pada tahun 2011 turun menjadi 3,93 persen dengan jumlah PUS sebanyak 1.946 pasang, dan pada tahun 2012 terjadi penurunan lagi menjadi 3.54 persen dengan jumlah PUS sebanyak 1.812 pasang.

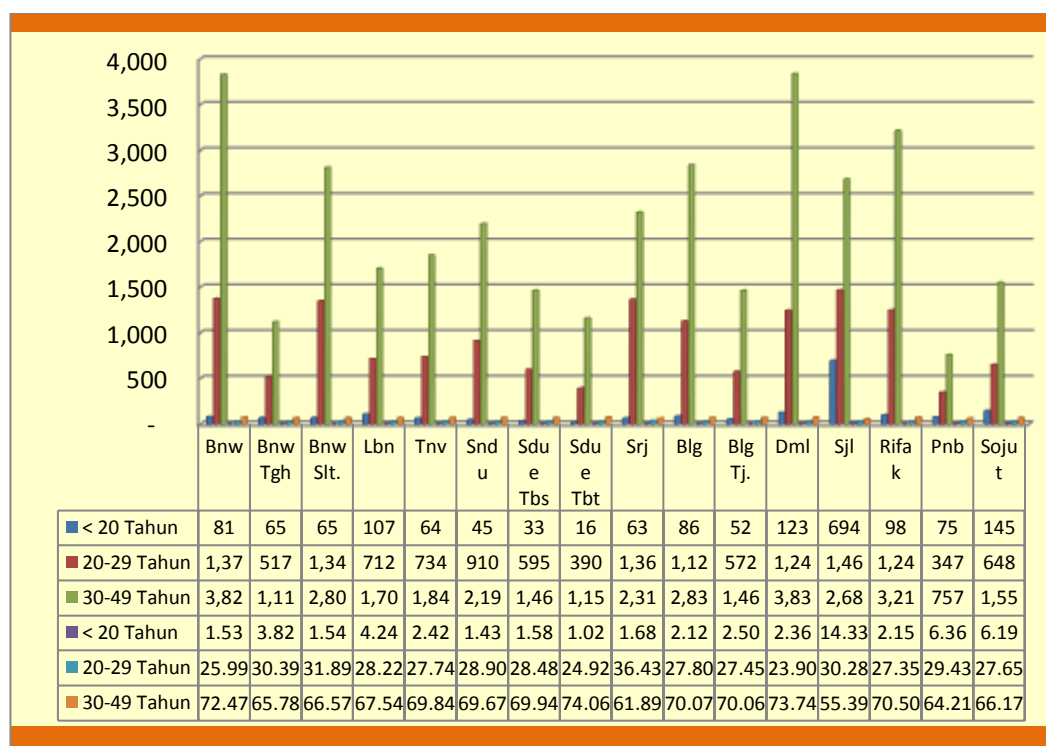
Demikin pula dengan angka perbandingan PUS yang istrinya 20-29 tahun dengan jumlah PUS di Kabupaten Donggala pada tahun tersebut. Pada tahun 2010 angka perbandingan dengan jumlah PUS pada tahun itu menunjukkan angka sebesar 30,74 dengan jumlah PUS sebanyak 15.270 pasang, pada tahun 2011 terjadi penurunan angka perbandingan menjadi 29,87 persen dengan jumlah PUS sebanyak 14.737, pasang, pada tahun 2012 angka perbandingannya semakin mengecil dengan jumlah PUS sebanyak 14.591 pasang.

Kondisi ini mengindikasikan bahwa program pendewasaan usia kawin pertama di Kabupaten Donggala selama kurun waktu 2010-2012 menunjukkan hasil yang menggembirakan dengan semakin menurunnya jumlah wanita yang kawin dalam usia muda yang ditandai dengan semakin mengecilnya angka perbandingan PUS yang istrinya < 20 tahun dengan jumlah PUS di Kabupaten Donggala pada tahun itu. Tapi bila dilihat dari perkembangan jumlah PUS yang istrinya berusia 20-29 tahun yang menunjukkan penurunan menunjukkan adanya kecenderungan penurunan jumlah wanita yang kawin pertama setelah usia 20 tahun di Kabupaten Donggala selama periode tersebut. Namun demikian bila dibandingkan jumlah PUS yang istrinya berusia <20 tahun. Jumlah PUS yang istrinya berusia 20-29 tahun dalam periode tersebut masih jauh lebih tinggi 3-8 kali. Selain itu, berkurangnya jumlah PUS pada usia 20-29 tahun yang diikuti oleh kenaikan jumlah PUS pada usia 30-49 tahun, menunjukkan bahwa penurunan jumlah PUS usia 20-29 tahun boleh jadi, PUS pada usia ini semakin memasuki usia pematangan dan masuk

kedalam kelompok PUS usia 30-39 tahun. Sehingga dapat dikatakan bahwa program pendewasaan usia perkawinan pertama di Kabupaten Donggala telah berjalan dengan baik.

Gambar 17

Proporsi PUS Berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Donggala
Tahun 2010 – 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Berdasarkan data dalam Gambar di atas memberi gambaran bahwa jumlah PUS di Kecamatan Kabupaten Donggala masih didominasi oleh kelompok umur 30-49 tahun dan yang tertinggi berada di Kecamatan Damsol yaitu sebanyak 3.838 pasangan atau 73,74 persen dari jumlah PUS pada tahun 2012. Urutan berikutnya diikuti oleh PUS kelompok umur 20-29 tahun dengan angka tertinggi pada kecamatan Banawa

sebanyak 1.373 pasang atau 25.99 persen dari jumlah PUS tahun 2012. Selanjutnya adalah PUS kelompok usia < 20 tahun dengan jumlah tertinggi pada Kecamatan Sojol sebanyak 694 pasang atau 14,33 persen dari PUS tahun 2012.

Dilihat dari angka ratio PUS kelompok usia < 20 tahun tertinggi dikecamatan Sojol 14,33 persen dan yang terendah di Kecamatan Sindue Tobata 1,02 persen. Sedangkan angka rasio PUS tertinggi pada kelompok usia 20-29 tahun adalah di Kecamatan Sirenja sebesar 36,43 persen dan terendah di Kecamatan Damsol sebesar 23,90 persen. Sementara angka ratio PUS pada kelompok usia 30-49 tahun tertinggi di Kecamatan Sindue Tobata dan terendah sebesar 74,06 persen dan terendah di Kecamatan Sojol sebesar 55,39 persen.

8. Persebaran Jumlah Penduduk

Namun demikian, untuk daerah-daerah yang wilayahnya luas dan sumber daya alamnya potensial untuk dikembangkan sangat membutuhkan tenaga kerja dalam pengelolaannya. Dalam hal ini yang diperlukan adalah pemerataan jumlah penduduk, yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing daerah. Sehubungan dengan hal tersebut maka salah satu masalah yang perlu mendapat perhatian dalam proses pembangunan adalah masalah kependudukan yang mencakup berbagai aspek antara lain jumlah dan laju pertumbuhan penduduk, persebaran dan kepadatan penduduk serta komposisi penduduk. Penduduk yang tersebar secara tidak merata dapat berakibat pertumbuhan ekonomi yang tidak seimbang. Daerah yang sedikit penduduknya relatif sulit berkembang karena kekurangan sumberdaya manusia sebagai penggerak pembangunan sekaligus sebagai sasaran pembangunan.

Kepadatan penduduk di Kabupaten Donggala dari tahun ke tahun selama tahun 2008 – 2012 tidak mengalami perubahan yang berarti. Pada tahun 2008 tercatat dalam setiap km² dihuni 51 jiwa penduduk. Tahun 2009 sebilan meningkat menjadi 52 jiwa per km², dan pada tahun 2010 menjadi 53 jiwa km², tahun 2011 dan 2012 meningkat masing menjadi 54 jiwa km².

Gambar 18

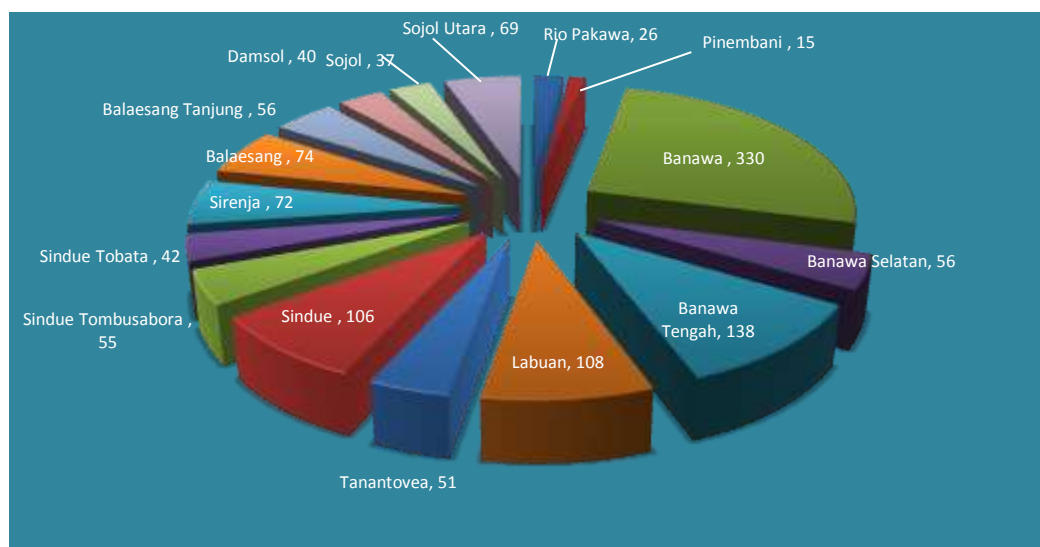
Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan
di Kabupaten Donggala Tahun 2012



Sumber : Statistik Dalam Angka Kabupaten Donggala, 2013

Angka kepadatan dan persebaran penduduk Kabupaten Donggala tahun 2012 di setiap wilayah kecamatan tidak merata, tingkat kepadatan tertinggi terjadi di Kecamatan Benawa 330 jiwa per km². Terendah di Kecamatan Panenbani 15 jiwa per km². Selain itu jumlah penduduk di Kecamatan Banawa relative lebih tinggi dari kecamatan lain karena Banawa merupakan ibu kota Kabupaten Donggala dimana aktivitas social ekonomi lebih tinggi di kecamatan tersebut. Gambaran jumlah kepadatan penduduk tersebut dapat dilihat pada Gambar berikut.

Gambar 19
Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan
di Kabupaten Donggala Tahun 2012



Sumber : Statistik Dalam Angka Kabupaten Donggala, 2013

9. Komposisi Penduduk dan *Sex Ratio*

Salah satu indikator kependudukan yang sangat penting adalah komposisi atau struktur penduduk. Komposisi penduduk dalam arti demografi adalah komposisi penduduk menurut umur dan jenis kelamin. Komposisi atau struktur penduduk dapat dilihat dari jenis kelamin dan dapat pula dilihat dari struktur umur serta kombinasi antara keduanya. Keduanya memiliki arti strategis dalam hubungannya dengan berbagai aspek kependudukan lainnya seperti fertilitas, mortalitas, migrasi dan masalah-masalah ketenagakerjaan. Indikator ini dapat digunakan untuk memprioritaskan kebijakan yang perlu diambil dalam suatu wilayah tertentu.

Indikator yang digunakan untuk mengetahui komposisi penduduk menurut jenis kelamin adalah rasio jenis kelamin (*sex ratio*), yaitu perbandingan antara jumlah penduduk laki-laki dengan jumlah

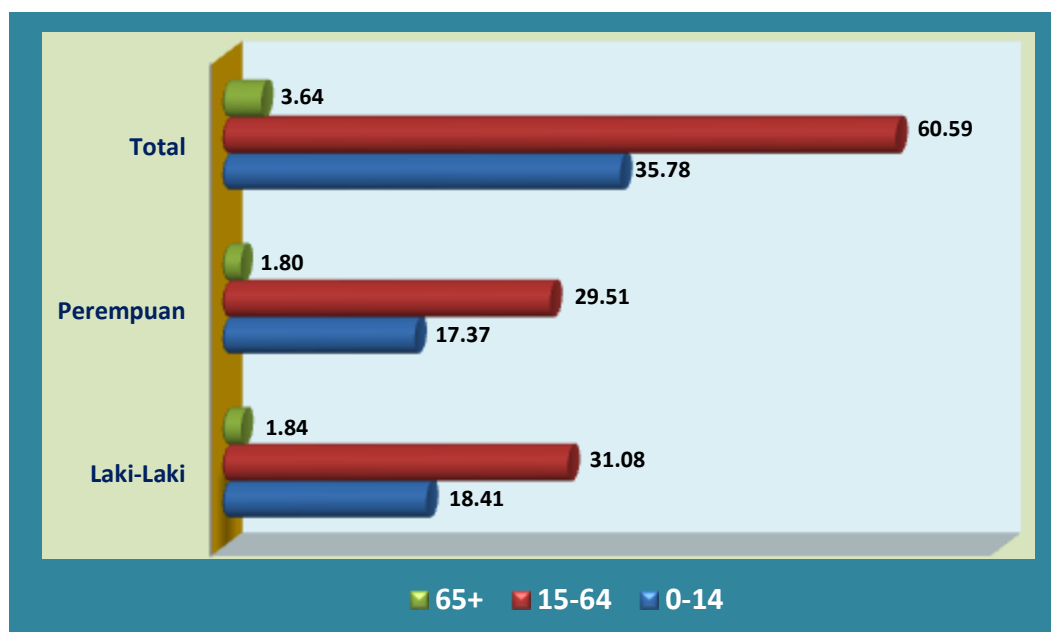
penduduk perempuan. Semakin besar penduduk perempuan, potensi fertilitasnya semakin tinggi.

a. Komposisi Penduduk

Penduduk yang didominasi oleh kelompok usia muda mengakibatkan besarnya kebutuhan fasilitas pendidikan dan kesehatan. Daerah yang penduduknya lebih banyak yang berusia muda, berarti proporsi penduduk usia produktifnya relatif kecil. Hal ini akan berpengaruh secara ekonomis pada pendapatan yang dihasilkan. Sebaliknya, daerah yang usia produktifnya relatif besar dapat meningkatkan penyediaan lapangan kerja yang memadai dan berupaya semaksimal mungkin meningkatkan produktifitas tenaga kerja yang ada. Berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tersebut, diharapkan kebijakan-kebijakan di bidang kependudukan akan lebih tepat sasaran.

Gambar 20

Persentase Penduduk Berdasarkan Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Tahun 2012



Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Gambaran komposisi Penduduk di atas menjelaskan bahwa penduduk Kabupaten Donggala tergolong muda, hal ini terlihat dari besarnya proporsi penduduk berumur kurang dari 15 tahun yang mencapai 35,78 persen pada tahun 2012 dibanding dengan penduduk berusia 65 tahun keatas hanya berjumlah 3,64 persen. Sementara kelompok umur produktif yaitu yang berumur 15-64 tahun mencapai 60,59 persen, Ini berarti angka ketergantungan (*dependency ratio*) mencapai 65,05 persen, artinya setiap 100 orang penduduk produktif mempunyai tanggungan lebih dari 65 orang yang tidak produktif. (usia 0-14 tahun + usia 65 keatas).

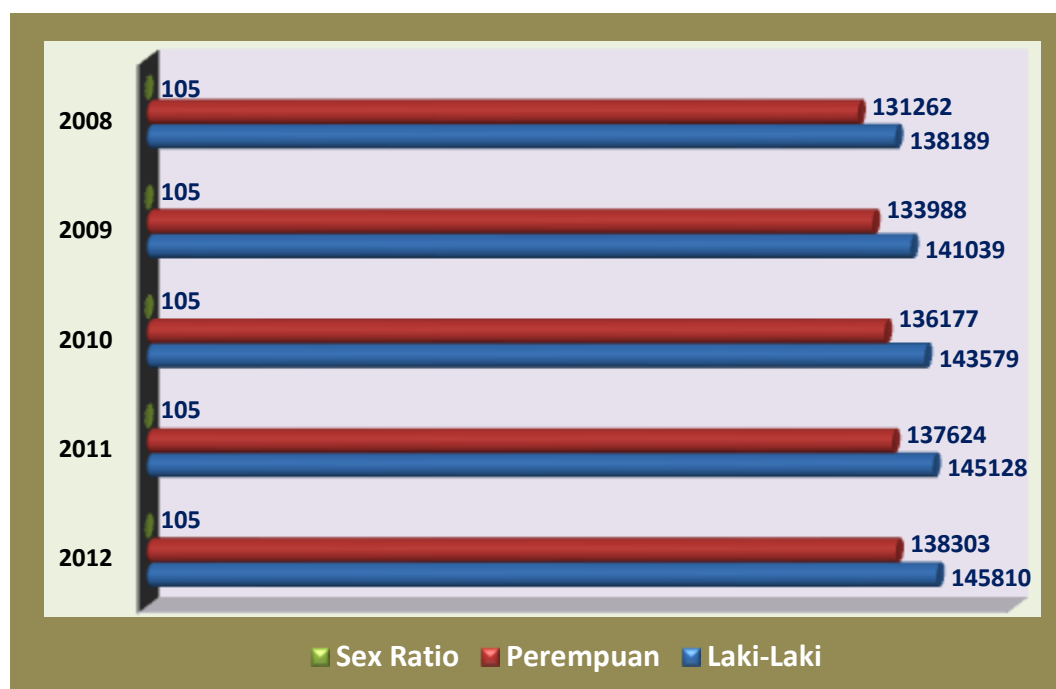
Angka beban ketergantungan ini dapat diuraikan menjadi dua, yaitu rasio ketergantungan anak (*child dependency ratio*) dan rasio ketergantungan lanjut usia (*old dependency ratio*). Rasio ketergantungan anak adalah perbandingan antara usia belum produktif (anak usia kurang 15 tahun) dengan usia produktif (15-64 tahun) setiap 100 penduduk. Sedangkan rasio ketergantungan lanjut adalah perbandingan jumlah penduduk usia tidak produktif (usia 65 keatas) dengan usia produktif setiap 100 penduduk. Berdasarkan data pada Gambar di atas di Kabupaten Donggala, tercatat bahwa rasio ketergantungan anak sebesar 59,05 artinya setiap 100 orang penduduk yang berusia 15-64 tahun mempunyai beban tanggungan sekitar 59 orang anak belum produktif. Selain itu, usia produktif juga harus menanggung 6 orang penduduk yang sudah berusia tidak produktif. Hal ini ditunjukkan dengan rasio ketergantungan usia lanjut sebesar 6,00.

b. Rasio Jenis Kelamin (*Sex Ratio*)

Untuk mengetahui komposisi penduduk menurut jenis kelamin dapat dilihat dari perbandingan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan (*sex ratio*) yang dinyatakan banyaknya penduduk laki-laki dalam setiap seratus penduduk perempuan. Dari data kependudukan tergambar bahwa Rasio jenis kelamin di Kabupaten Donggala Tahun 2010-2012 adalah sebesar 105, yang berarti setiap 100 perempuan terdapat 105 laki-laki. Gambaran ini sekaligus menunjukkan bahwa jumlah penduduk laki-laki di Kabupaten Donggala selama periode ini lebih besar dari penduduk perempuannya.

Gambar 21

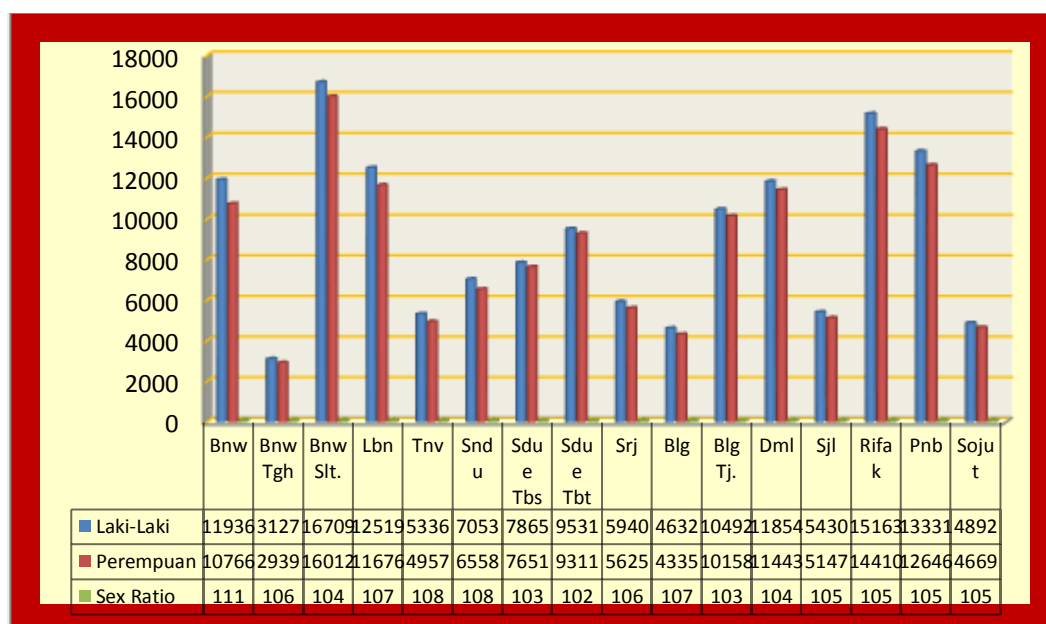
**Perkembangan Jumlah Penduduk Laki-Laki dan Perempuan
serta Ratio di Kabupaten Donggala Tahun 2010-2012**



Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

Perbandingan penduduk laki-laki dan perempuan (*sex ratio*) antar kecamatan di Kabupaten Donggala pada tahun 2012, digambarkan dalam Gambar berikut :

Gambar 22
Sex Ratio Di Kabupaten Donggala Meneurut Kecamatan
Tahun 2012



Sumber : Donggala Dalam Angka : BPS Kabupaten Donggala, 2013

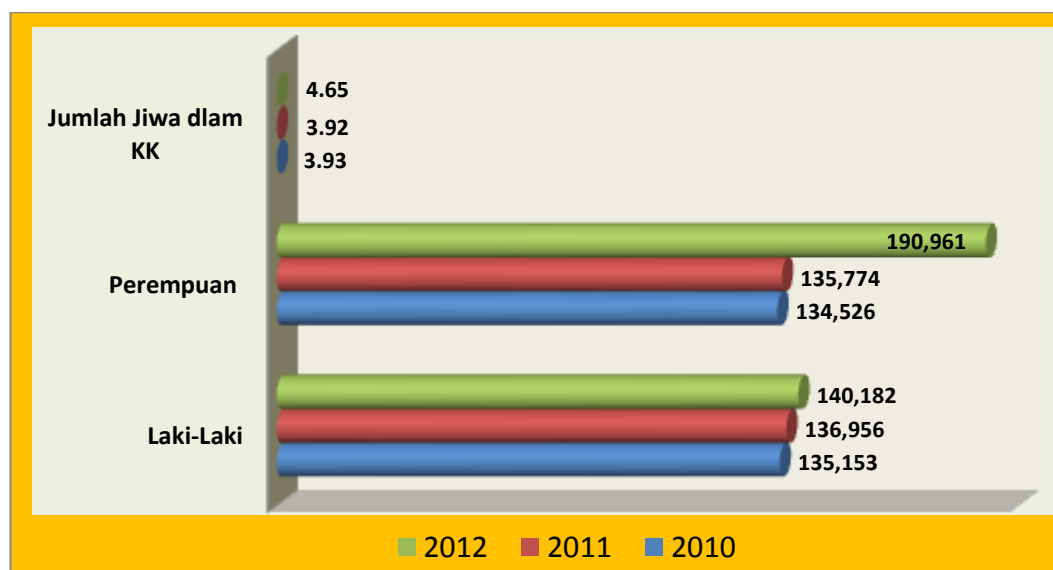
Dari Gambar tersebut, tergambar bahwa *sex ratio* atau perbandingan penduduk laki-laki dan perempuan di kecamatan Kabupaten Donggala pada tahun 2012 penduduk laki-laki lebih banyak dibanding penduduk perempuan, tertinggi pada Kecamatan Banawa yaitu 111 atau dengan kata lain dari 100 penduduk perempuan terdapat 111 penduduk laki-laki. Sedangkan yang terendah di Kecamatan Sindue Tobata yaitu sebesar 102 yang berarti di kecamatan tersebut setiap 100 penduduk perempuan hanya terdapat 102 penduduk laki-laki, hal ini juga berarti bahwa di kedua kecamatan ini penduduk perempuan lebih tinggi dari penduduk laki-laki.

10. Perkembangan Anggota Keluarga dalam Kepala Keluarga di Kabupaten Donggala Tahun 2010-2012

Perkembangan Jumlah Jiwa dalam kepala keluarga di Kabupaten Donggala tahun 2010 -2012 (pendataan keluarga BKBPP Kabupaten Donggala, 2012) terjadi perubahan struktur. Jumlah jiwa pada tahun 2010 sebesar 269.679 jiwa dengan komposisi 135.153 jiwa atau 50,12 persen laki-laki dan 134.526 jiwa atau 49,88 persen perempuan, pada tahun 2011 meningkat menjadi 272.730 jiwa yang terdiri dari 136.956 jiwa atau 50,22 persen laki-laki dan 135.774 atau 49,78 persen perempuan. Keadaan ini menunjukkan jumlah anggota keluarga dalam kepala keluarga, laki-laki lebih besar ketimbang penduduk perempuan. Tapi pada tahun 2012 terjadi perubahan komposisi dimana perempuan jumlahnya lebih besar dari laki-laki. Dari gambaran data tersebut, tentu perlu menjadi perhatian berkaitan dengan jumlah WUS dan potensi tingkat kelahiran pada masa yang akan datang.

Selain itu, gambaran data di atas menunjukkan pula bahwa jumlah jiwa dalam setiap kepala keluarga di Kabupaten Donggala juga terjadi perkembangan. Pada tahun 2010 dan 2011 dalam keluarga terdiri dari 3-4 jiwa, namun pada tahun 2012 terdapat 4-5 jiwa dalam keluarga. Hal ini pun perlu diwaspadai terkait dengan jumlah beban keluarga. Semakin besar anggota keluarga dalam setiap keluarga akan semakin berat beban kepala keluarga . Jadi pandangan yang mengatakan banyak anak banyak rejeki tidak sepenuhnya benar, yang pasti adalah banyak anak beban semakin bertambah, terutama dalam pemenuhan kebutuhan pangan, sandang dan papan, serta kebutuhan dasar lainnya seperti pendidikan dan kesehatan.

Gambar 23
Perkembangan Jumlah Jiwa dalam Kepala Keluarga
di Kabupaten Donggala Tahun 2010-2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

11. Perkembangan Jumlah Kepala Keluarga menurut Status Pekerjaan di Kabupaten Donggala Tahun 2010 - 2012

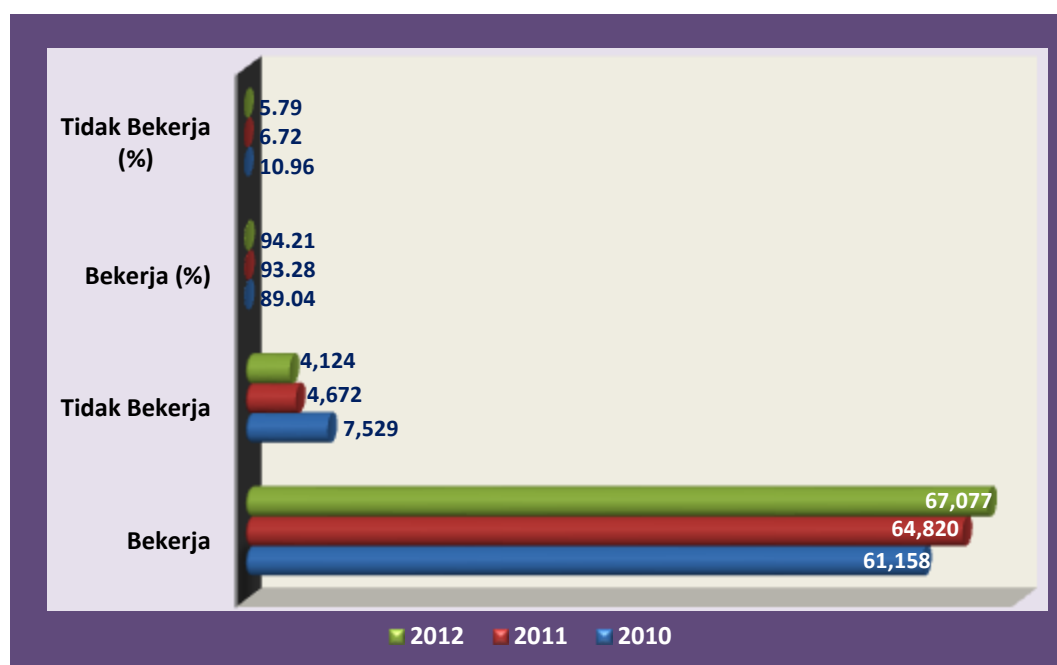
Tujuan utama pembangunan adalah untuk meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat secara adil dan merata dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang tersedia. Sejalan dengan maksud tersebut berbagai upaya telah dilakukan khususnya untuk menciptakan lapangan kerja dan memberikan kesempatan berusaha yang dapat meningkatkan pendapatan masyarakat. Pekerjaan merupakan sumber pendapatan keluarga, karena itu pekerjaan keluarga sangat menentukan ketahanan ekonomi keluarga. Umumnya keluarga yang bekerja mempunyai ketahanan ekonomi yang lebih baik ketimbang keluarga yang tidak bekerja.

Bila dicermati perkembangan jumlah kepala keluarga yang tidak bekerja dibanding jumlah kepala keluarga yang ada di Kabupaten Donggala dari

tahun ke tahun menunjukkan angka penurunan yang sangat signifikan. Dalam kurun waktu tiga tahun yaitu dari tahun 2010 ke tahun 2012 penurunannya mencapai angka kurang lebih 50 persen. Keadaan ini tentu sangat diharapkan karena akan berdampak pada peningkatan jumlah kepala keluarga yang bekerja. Pada tahun 2010 jumlah kepala keluarga yang bekerja sebesar 89,04 persen atau 61.158 KK, pada tahun 2011 mengalami kenaikan menjadi (93,28%) atau 64.820 orang, dan naik lagi pada tahun 2012 menjadi 94,21 persen atau 67.077 KK, sebagaimana ditunjukkan dalam Gambar berikut.

Gambar 24

Perkembangan Jumlah Kepala Keluarga Yang Bekerja dan Tidak Bekerja di Kabupaten Donggala Tahun 2010 ~ 2012



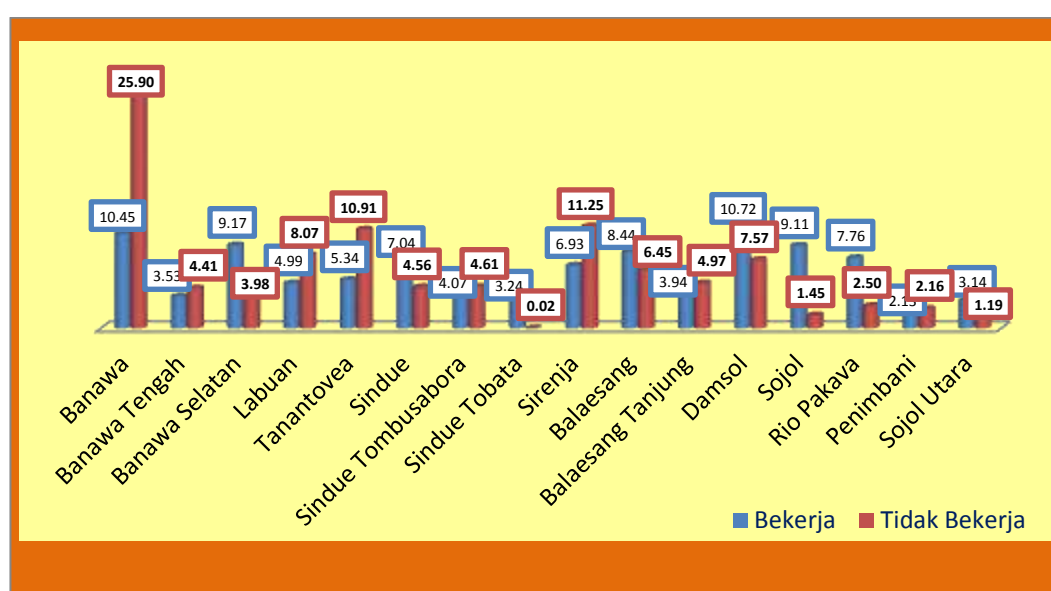
Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Dilihat dari jumlah kepala keluarga yang tidak bekerja menurut kecamatan di Kabupaten Donggala pada tahun 2012 masih relatif tinggi dan bervariasi di antara kecamatan. Jumlah KK yang tidak bekerja

tertinggi di Kecamatan Banawa 25,90 persen dari jumlah total kepala keluarga yang tidak bekerja, dan yang terendah di Kecamatan Sindue Tobata 0,02 persen. Sebaliknya jumlah keluarga yang bekerja, tertinggi di Kecamatan Damsol 10,72 persen dan terendah di Kecamatan Penimbani 2,13 persen.

Gambar 25

Jumlah Kepala Keluarga Berstatus Bekerja dan Tidak Bekerja
Menurut Kecamatan Tahun 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

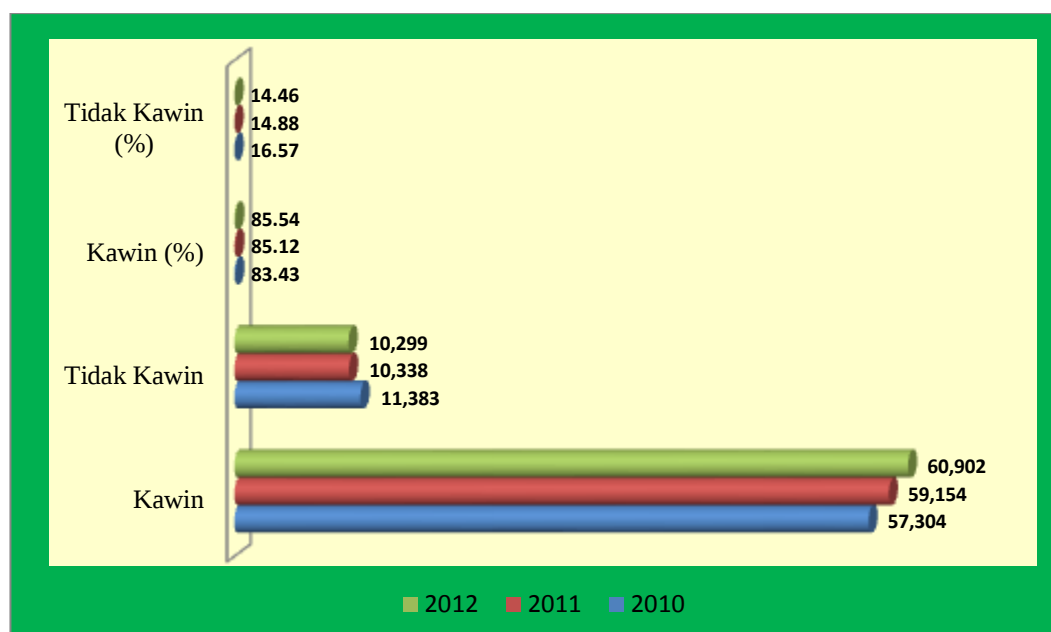
Hal tersebut menggambarkan bahwa ketahanan ekonomi keluarga di Kabupaten Donggala meskipun telah mengalami perbaikan dari tahun ketahun selama kurun waktu tiga tahun terakhir namun masih belum merata di seluruh kecamatan. Oleh karena itu, peningkatan lapangan kerja dan pelatihan kerja bagi masyarakat terutama dikecamatan yang tingkat penganggurannya tinggi masih perlu lebih dintensifkan lagi yang pada gilirannya dapat meningkatkan taraf hidup keluarga dan masyarakat Kabupaten Donggala secara keseluruhan.

12. Perkembangan Jumlah Kepala Keluarga Berdasarkan Status Perkawinan Tahun 2010 – 2012

Indikator perkawinan berguna bagi penentu kebijakan dan pelaksana program kependudukan, terutama dalam pengembangan program-program peningkatan kualitas keluarga dan perencanaan keluarga. Jumlah Kepala Keluarga di Kabupaten Donggala pada tahun 2012 berstatus kawin 85.54 persen sedangkan selebihnya 14,46 persen berstatus tidak kawin, duda dan janda. Kepala keluarga yang diterjemahkan laki-laki atau perempuan yang berstatus kawin, atau janda/duda yang mengepalai suatu keluarga yang anggotanya terdiri dari istri/suaminya dan atau anak-anaknya. Berarti kepala keluarga bertanggung jawab sebagai penanggung jawab ekonomi keluarga tanpa memandang status kawin atau tidak kawin.

Gambar 26

Perkembangan Jumlah Kepala Keluarga Berdasarkan Status Perkawinan Tahun 2010 – 2011

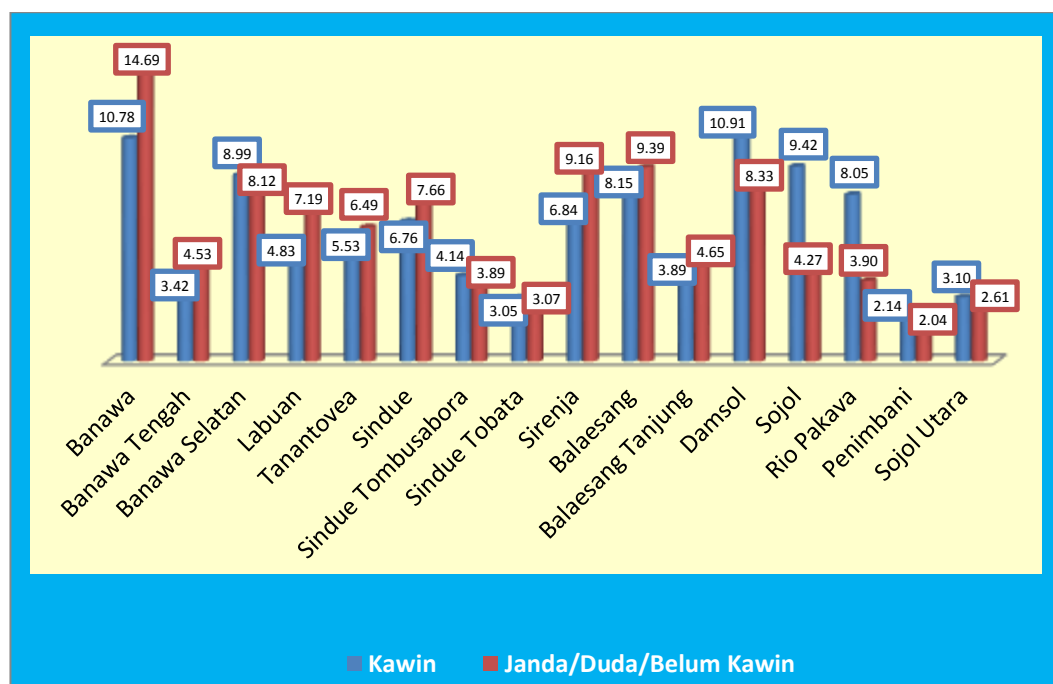


Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Berdasarkan data di atas ternyata bahwa kepala keluarga sebagai penanggung jawab keberlangsungan hidup keluarga, di Kabupaten Donggala pada tahun 2012 terdapat 14,46 persen atau sekitar 10.299 KK yang bersatus duda dan janda yang menanggung anggota keluarga yang berstatus tidak kawin. Berkaitan dengan ketahanan keluarga kondisi ini kurang baik, karena secara psikologis keluarga yang bersatus kawin relative mempunyai ketahanan keluarga lebih baik dibanding yang tidak kawin, karena membangun sebuah keluarga secara bersama suami dan isteri akan terjadi pembagian peran dalam mengurus rumah tangga sehingga pencari nafkah juga dapat lebih berkonsentrasi.

Namun bila dibandingkan dengan kondisi pada tahun sebelumnya 2010 dan 2011 ternyata jumlah kepala keluarga yang tidak bekerja di Kabupaten Donggala mengalami penurunan dari 16,57 persen atau 11.383 KK tahun 2010 menjadi 14,99 persen atau 10.299 KK, dan pada tahun 2012 turun sebesar 0,42 persen dari tahun 2011 menjadi 10.299 KK. Penurunan ini mengindikasikan bahwa di Kabupaten Donggala terjadi perkebangan lapangan pekerjaan yang dapat diakses oleh masyarakat yang tentu pada gilirannya dapat menjadi sumber pendapatan keluarga dan dapat meningkatkan ketahanan ekonomi keluarga.

Gambar 27

**Jumlah Kepala Keluarga Berstatus Kawin dan Tidak Kawin
Menurut Kecamatan Pada Tahun 2012**

Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Jumlah kepala keluarga berstatus kawin tertinggi di Kecamatan Damsol 10,91 persen dari total kepala keluarga berstatus kawin dan yang terendah berada di Kecamatan Penimbani 2,14 persen. Sedangkan jumlah kepala keluarga yang berstatus tidak kawin tertinggi di Kecamatan Banawa 14,69 persen dari total kepala keluarga tidak kawin di Kabupaten Donggala, dan yang terendah terjadi di Kecamatan Penimbani 2,04 persen.

13. Jumlah Kepala Keluarga Berdasarkan Status Pendidikan Tahun 2010 – 2012

Pendidikan sangat penting dalam proses pembangunan, dimana pencapaian tujuan pembangunan membutuhkan sumber daya manusia

yang handal dan berkualitas. Seperti yang tercantum dalam UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional yang menyebutkan bahwa pendidikan nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab.

Sumber daya manusia yang berpendidikan akan menjadi modal utama pembangunan nasional, terutama untuk pembangunan ekonomi. Semakin banyak orang yang berpendidikan maka akan semakin mudah bagi negara untuk membangun bangsanya. Hal ini dikarenakan telah dikuasainya keterampilan, ilmu pengetahuan dan teknologi oleh sumber daya manusianya sehingga pemerintah lebih mudah menggerakkan pembangunan nasional.

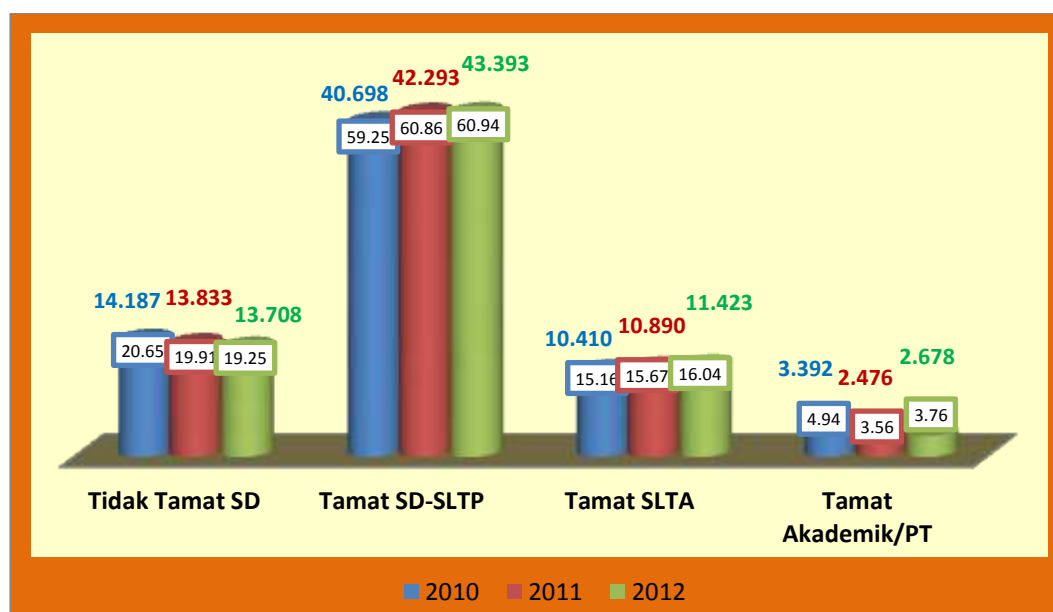
Pendidikan merupakan salah satu factor penting bagi masyarakat terutama pengembang tugas sebagai kepala keluarga dalam melaksanakan tugas sebagai pencari nafkah bagi keluarganya. Bagi kepala keluarga yang mempunyai tingkat pendidikan formal SD, SLTP, SLTA dan Akademik/PT, serta ketrampilan dasar yang diperoleh dari jalur pendidikan formal akan lebih mudah mengakses pekerjaan ketimbang mereka yang tidak memiliki. Disinilah peran pemerintah dalam upaya peningkatan kesejahteraan dan taraf hidup masyarakat melalui program pendidikan dasar sembilan tahun dan pengembangan lembaga pendidikan non formal dalam bentuk pelatihan ketrampilan masyarakat. Oleh karena itu, merupakan hal yang sangat penting untuk merancang

suatu sistem penyelenggaraan pendidikan yang dapat memenuhi tujuan tersebut.

Salah satu indikator keberhasilan pelaksanaan program tersebut dapat dilihat dari beberapa pengukuran factual seperti struktur tingkat pendidikan masyarakat pencari kerja maupun yang sudah bekerja dan perkembangan jumlah anak usia sekolah 7 – 15 tahun yang dapat mengenyam proses pendidikan dasar Sembilan tahun. Makin tinggi tingkat struktur pendidikan, maka makin baik dan makin rendah struktur pendidikan atau semakin sedikit masyarakat yang berpendidikan lebih tinggi maka program pendidikan dianggap gagal. Berkaitan dengan hal tersebut berikut tersaji data tentang perkembangan jumlah kepala keluarga di Kabupaten Donggala berdasarkan status pendidikan pada tahun 2010-2012.

Gambar 28

Perkembangan Jumlah Kepala Keluarga Berdasarkan
Status Pendidikan Tahun 2010 ~ 2012

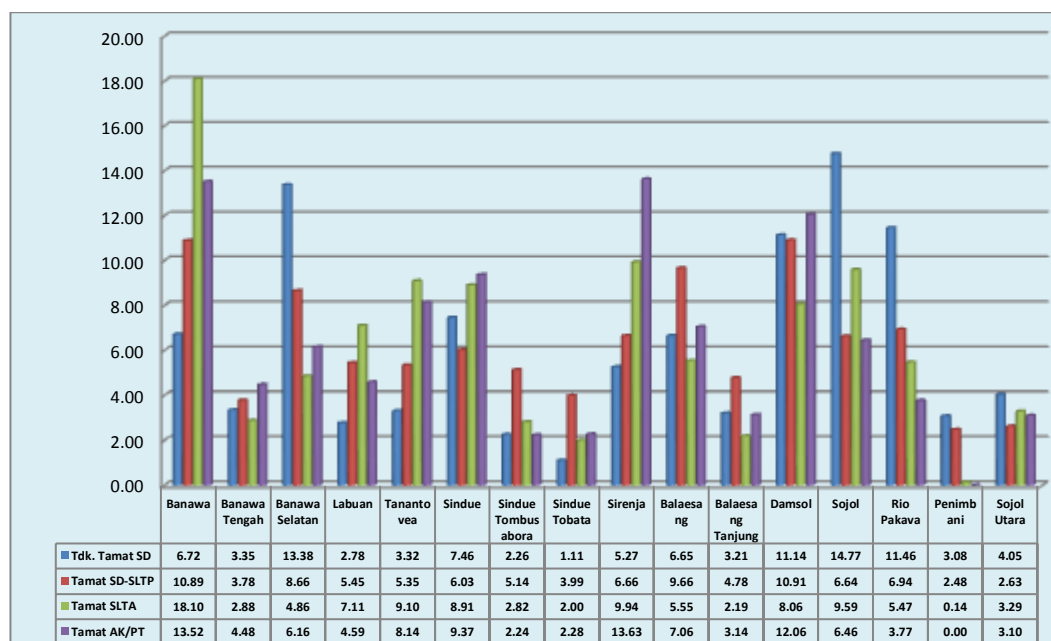


Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Data tersebut menggambarkan bahwa dari komposisi tingkat pendidikan yang dimiliki kepala keluarga di Kabupaten Donggal selama tiga tahun terakhir ini, ternyata masih sangat didominasi kepala keluarga yang berpendidikan menengah atau SLTP dan bahkan masih banyak yang bersatus tidak tamat sekolah dasar. Kondisi ini tentu sangat memprihatinkan kita.

Akan tetapi bila dilihat perkembangannya ternyata jumlah yang tidak tamat SD mengalami penurunan, dari tahun 2010 jumlah KK yang tidak tamat SD sebesar 14.187 KK atau 20.65 persen dari total KK yang tidak tamat SD tahun itu, turun 0.74 persen menjadi 13.833 atau 19.91 persen tahun 2011. Pada tahun 2012 turun lagi menjadi 13.708 atau 19.25 persen. Sedangkan KK yang tamat SD-SLTP mengalami peningkatan, pada tahun 2010 jumlah KK yang tamat SD-SLTP sebesar 40.698 KK atau 59,25 persen dari total KK yang tamat SD-SLTP tahun 2010. Pada tahun 2011 mengalami kenaikan menjadi 42.293 KK 60.86 persen, dan pada tahun 2012 naik lagi menjadi 43.393 atau 60.94 persen. Demikian halnya pada kepala keluarga yang tamat SLTA, pada tahun 2010 jumlah KK yang tamat SLTA sebanyak 10.410 KK atau 15,16 persen dari total KK pada tahun 2010. Pada tahun 2011 naik menjadi 10.890 KK atau 15,67 persen dan naik menjadi 11.423 KK atau 16.04 persen tahun 2012. Untuk kepala keluarga yang berstatus pendidikan tamat akademik/PT dari tahun 2010 ke 2011 mengalami penurunan dari 3.392 KK atau 4,93 persen menjadi 2.476 KK atau 3.56 persen, tapi mengalami kenaikan pada tahun 2012 sebesar 0.20 persen menjadi 2.678 KK atau 3,76 persen.

Gambar 29
Jumlah Kepala Keluarga Berdasarkan Status Pendidikan
Menurut Kecamatan Tahun 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

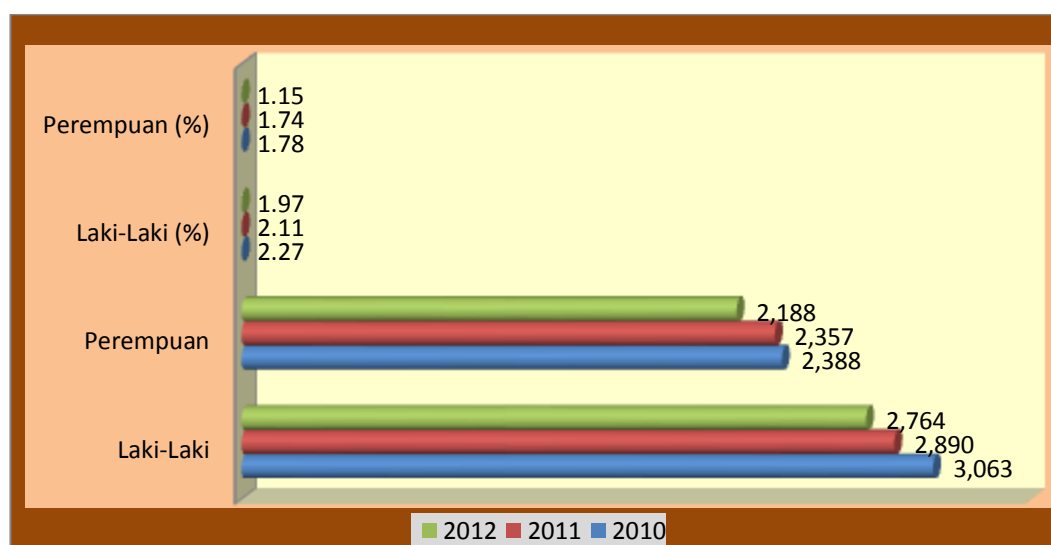
Tabel dan Gambar di atas menggambarkan bahwa Kepala keluarga yang berstatus tidak tamat SD di Kabupaten Donggala pada tahun 2012 tertinggi berada di Kecamatan Sojol sebesar 14,77 persen dan terendah di Kecamatan Sindue sebesar 1,11 persen dari total KK yang tidak tamat SD pada tahun 2012. Sedangkan kepala keluarga yang berstatus pendidikan tamat SD-SLTP tertinggi pada Kecamatan Damsol sebesar 10.91 persen dan terendah di Kecamatan Panimbani sebesar 2.48 persen dari total KK yang tamat SD-SLTP pada tahun 2012. Sementara kepala keluarga yang tamat SLTA, tertinggi di Kecamatan Banawa yaitu sebesar 18.10 persen dan terendah di Kecamatan Panimbani sebesar 0,14 persen dari total KK yang tamat SLTA pada tahun 2012. Dan untuk kepala keluarga yang tamat Akademi/PT, tertinggi di Kecamatan Sirenja sebesar 13,63 persen dan terendah di Kecamatan Panimbani 0,00 persen.

14. Jumlah Anggota Keluarga Dalam Kepala Keluarga Usia 7-15 yang Tidak Bersekolah

Wujud perhatian pemerintah terhadap dunia pendidikan diwujudkan dengan pembangunan sarana dan prasarana pendidikan terutama pada jenjang pendidikan dasar dan menengah. Sekolah-sekolah inpres dibangun untuk meningkatkan pemerataan pendidikan sampai ke pelosok tanah air. Bantuan pemerintah pusat kepada seluruh siswa SD dan SMP se-Indonesia baik negeri maupun swasta. Bantuan ini diberikan kepada siswa melalui sekolah yang langsung ditransfer ke rekening sekolah masing-masing. Bantuan dana BOS diharapkan dapat mengurangi atau bahkan menghapus biaya pendidikan yang selama ini dibebankan kepada masyarakat. Selanjutnya program tersebut dimantapkan lagi dengan program wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun. Dengan program tersebut diharapkan anak-anak usia tersebut akan menikmati pendidikan sampai pada tingkat sekolah lanjutan pertama.

Gambar 30

Perkebangan Jumlah Anggota Keluarga yang Tidak Bersekolah
di Kabupaten Donggala Tahun 2010-2012

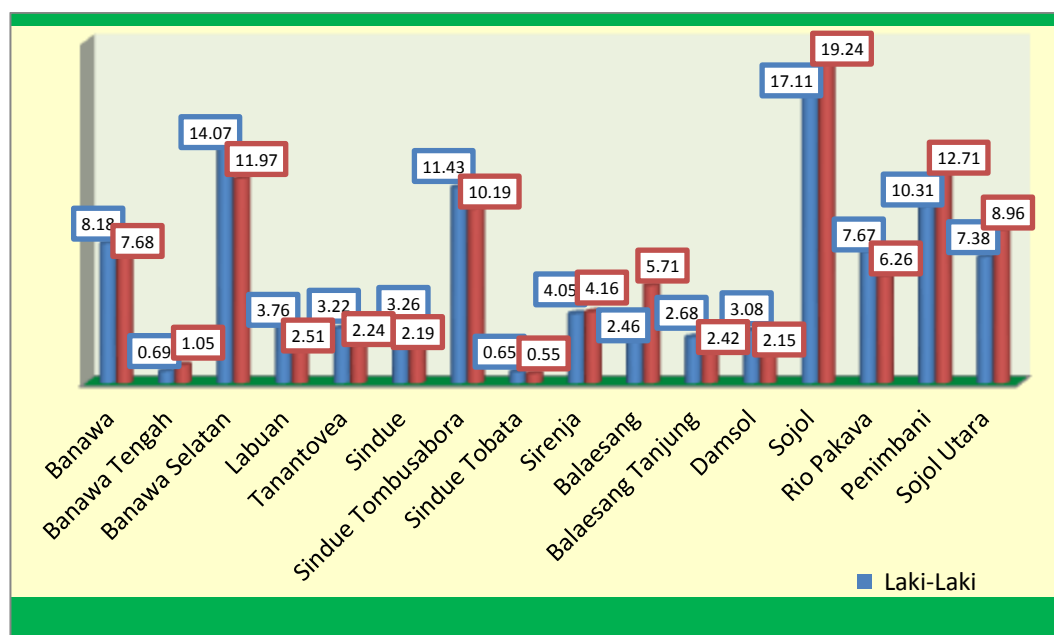


Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Tingkat kemajuan pendidikan dapat ditunjukkan melalui angka partisipasi sekolah. Pada Gambar di atas dapat dilihat bahwa pada tahun 2012 masih terdapat 4,04 persen atau 5.451 penduduk berumur 7-15 tahun tidak/belum pernah sekolah, 1,97 persen atau 2.764 jiwa penduduk laki-laki dan 1,15 persen atau 2.188 jiwa penduduk perempuan. Keadaan ini menunjukkan penurunan dibanding tahun 2010 dan 2011. Dimana pada tahun 2010 sebanyak 3.063 jiwa atau 2,27 persen anak laki-laki usia 7-15 tahun yang tidak bersekolah dan sebanyak 2.388 jiwa atau 1,78 persen anak perempuan. Pada tahun 2011 menurun menjadi 2.890 jiwa atau 2,11 persen anak laki-laki dan 2.357 jiwa atau 1,74 persen anak perempuan dan terus menurun pada tahun 2012. Hal ini mengindikasikan bahwa program wajib belajar 9 tahun di Kabupaten Donggala selama priode 2010-2012 mengalami kemajuan dan berjalan baik.

Gambar 31

**Persentase Anak Usia 7 ~ 15 Tahun yang Bersekolah
Menurut Kecamatan Tahun 2012**



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Persentase anak usia 7-15 tahun yang tidak bersekolah di Kabupaten Donggla tahun 2012 masih cukup tinggi dan bervariasi antar kecamatan. Angka tertinggi terjadi di Kecamatan Sojol yaitu masing-masing 17,11 persen laki-laki dan 19,24 persen perempuan. Dan yang terendah di Kecamatan Sindue Tobata 0,65 persen laki-laki dan 0,55 persen perempuan. Dilihat dari komposisi jenis kelamin anak yang tidak bersekolah di masing-masing kecamatan, 10 kecamatan memperlihatkan anak laki-laki lebih banyak tidak bersekolah dan 6 kecamatan lainnya lebih banyak anak perempuannya.

Program Keluarga Berencana (KB)

Strategi pelaksanaan keluarga berencana (KB) kaitannya dengan usaha pengendalian kelahiran dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, berbagai program telah dilakukan termasuk pendewasaan usia perkawinan dengan menunda usia pertama bagi Wanita Usia Subur (WUS) dan sosialisasi penggunaan alat-alat kontrasepsi (alkon) kepada baik istri maupun suami pasangan usia subur (PUS), dan penyediaan sarana dan prasarana pelayanan KB sampai ke pelosok-pelosok desa terpencil sekalipun.

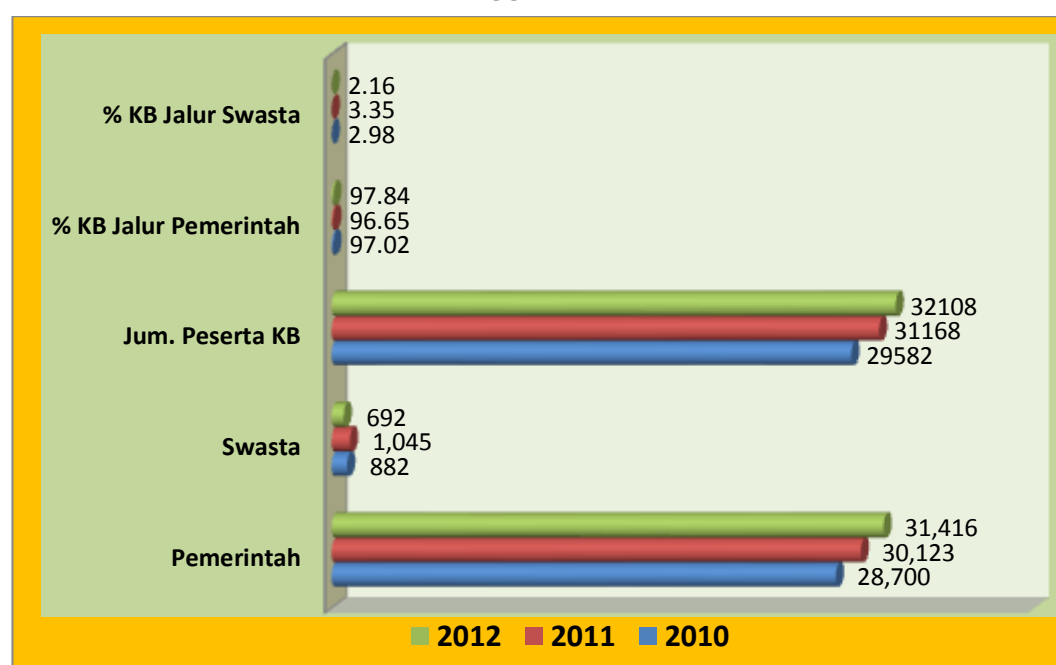
Berkaitan dengan penggunaan alat-alat kontrasepsi berbagai program telah dilakukan seperti kemudahan dalam pelayanan penggunaan dan untuk mendapatkan alat-alat kontrasepsi yang bersifat jangka pendek maupun yang bersifat jangka panjang.

15. Perkembangan Jumlah Peserta KB dan Jalur Kepesertaan di Kabupaten Donggala

Dalam situasi dimana program KB telah diterima sebagai salah satu kebutuhan hidup masyarakat yang dalam pelaksanaannya bukan lagi semata-mata menjadi tanggung jawab pemerintah, tapi juga menjadi tanggung jawab masyarakat atau pihak swasta, maka informasi mengenai sumber perolehan alkon bagi peserta KB saat ini telah diarahkan kepada kemandirian masyarakat dalam memperoleh pelayanan kontrasepsi.

Gambar 32

**Perbandingan Jumlah Peserta KB dan Jalur Kepesertaan
di Kabupaten Donggala Tahun 2010-2012**



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

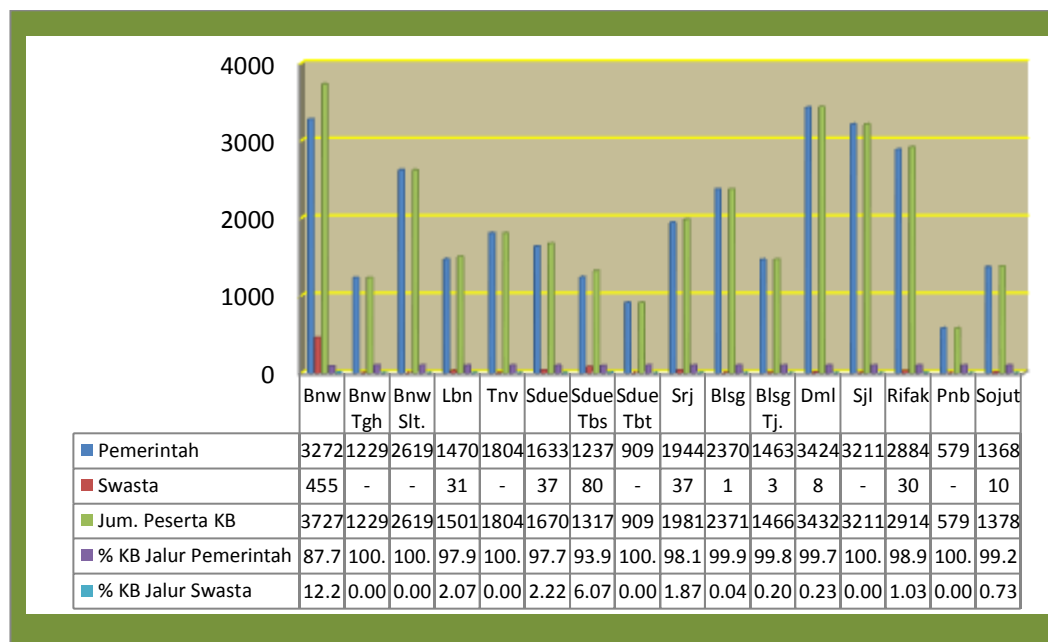
Gambaran data di atas menunjukkan bahwa pelaksanaan program KB di Kabupaten Donggala semakin membaik dari tahun ketahun. Hal ini dijelaskan dengan semakin meningkatnya peserta KB. Dimana pada tahun 2010 jumlah KB di Kabupaten Donggala sebanyak 29.582 PUS, dan

pada tahun 2011 naik 5,09 persen dengan jumlah PUS yang ber KB menjadi 31.168 PUS, dan pada tahun 2012 mengalami kenaikan sebesar 2,93 persen atau menjadi 32.108 PUS.

Sekalipun terjadi peningkatan dalam jumlah, tapi dilihat dari jalur kepesertaannya 95 persen masih memilih jalur pemerintah. Sementara yang memilih ber KB dengan jalur swasta masih kurang dari 5 persen. Hal ini menunjukkan masih rendahnya tingkat mandirian atau kesadaran masyarakat Kabupaten Donggala dalam ber KB mandiri masih relative rendah. Sehingga masih perlu terus di dorong agar kepedualian dan kesadaran masyarakat bahwa KB adalah merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dalam keluarga.

Gambar 33

Jumlah Peserta KB dan Jalur Kepesertaan Menurut Kecamatan
di Kabupaten Donggala Tahun 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

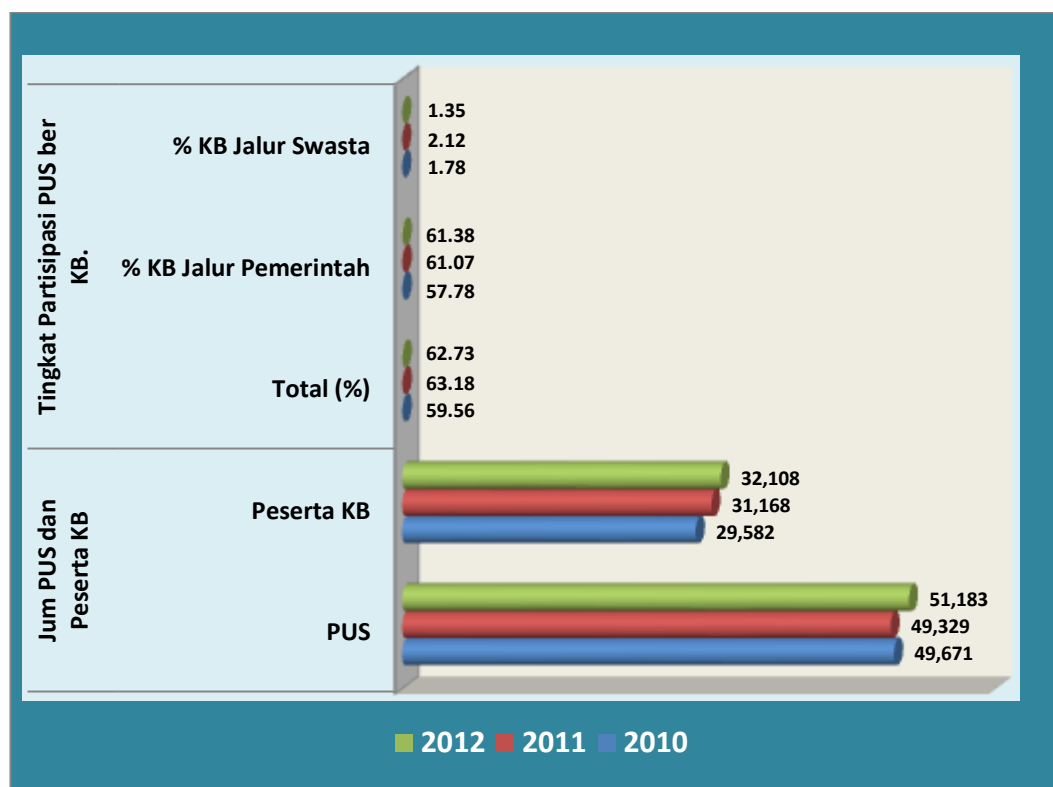
Jumlah peserta KB di kecamatan Kabupaten Donggala pada tahun 2012 tertinggi di Kecamatan Banawa dengan jumlah peserta sebesar 3.723 PUS dan yang terendah di Kecamatan Penimbani jumlah peserta 579 PUS. Sedangkan kepesertaan KB melalui jalur swasta tertinggi di Kecamatan Banawa dengan tingkat kepesertaan 12.2 persen atau sebanyak 445 PUS. Hal ini berarti bahwa kesadaran masyarakat untuk ber KB di Kecamatan Banawa relative tinggi atau dengan kata lain KB sudah dianggap sebagai suatu kebutuhan dalam kehidupan keluarga.

16. Tingkat Partisipasi PUS dalam Ber KB

Keberhasilan pelaksanaan program KB dalam upaya meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui pengaturan kelahiran dapat dilihat dari tingkat partisipasi keluarga Pasangan Usia Subur (PUS) dalam ber KB, yang diukur dari angka rasio jumlah peserta KB terhadap jumlah PUS yang ada. Semakin besar angka ratio tersebut, semakin baik pelaksanaan program KB dan sebaliknya makin kecil angka rasionya, maka pelaksanaan program KB dianggap kurang berhasil.

Berkaitan dengan hal tersebut, angka partisipasi PUS dalam ber KB di Kabupaten Donggala relative tinggi, hal ini terlihat dari angka partisipasi yang menunjukkan angka 60,73 persen pada tahun 2012, meskipun terjadi penurunan dibanding tahun 2011. Tapi bila dilihat perkembangan dari 2010 ke 2011 angka partisipasi ini meningkat dari 59.56 persen menjadi 63,18 persen. Angka partisipasi PUS dalam ber KB yang mencapai angka 60 persen, mengindikasikan bahwa pasangan usia subur (PUS) di Kabupaten Donggala 60 persen ber KB dan hanya 40 persen yang tidak ber KB.

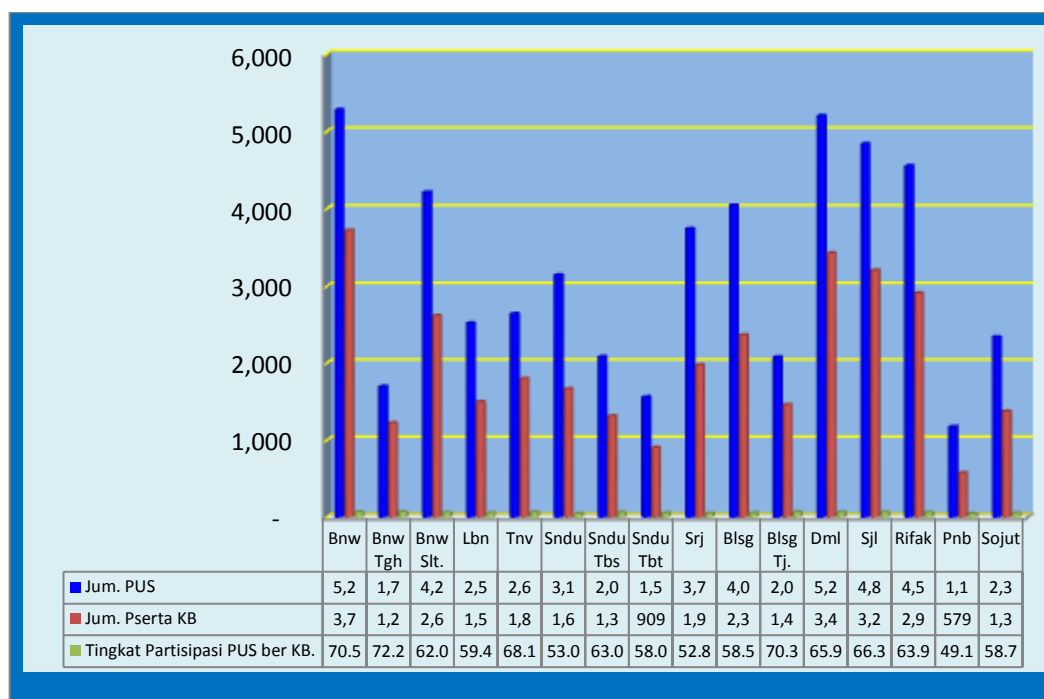
Gambar 34
Perkembangan Tingkat Partisipasi PUS dalam Ber KB
di Kabupaten Donggal Tahun 2010-2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Angka partisipasi PUS dalam ber KB pada setiap kecamatan di Kabupaten Donggala pada tahun 2012 menunjukkan angka partisipasi rata-rata diatas 50 persen artinya lebih dari separuh keluarga PUS di Kecamatan Kabupaten Donggala merupakan peserta KB. Angka partisipasi tertinggi di Kecamatan Banawa Tengah yaitu sebesar 72,25 persen dan terendah di Kecamatan Penimbani sebesar 49,11 persen.

Gambar 35
Tingkat Partisipasi PUS dalam Ber KB Menurut Kecamatan
di Kabupaten Donggala Tahun 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

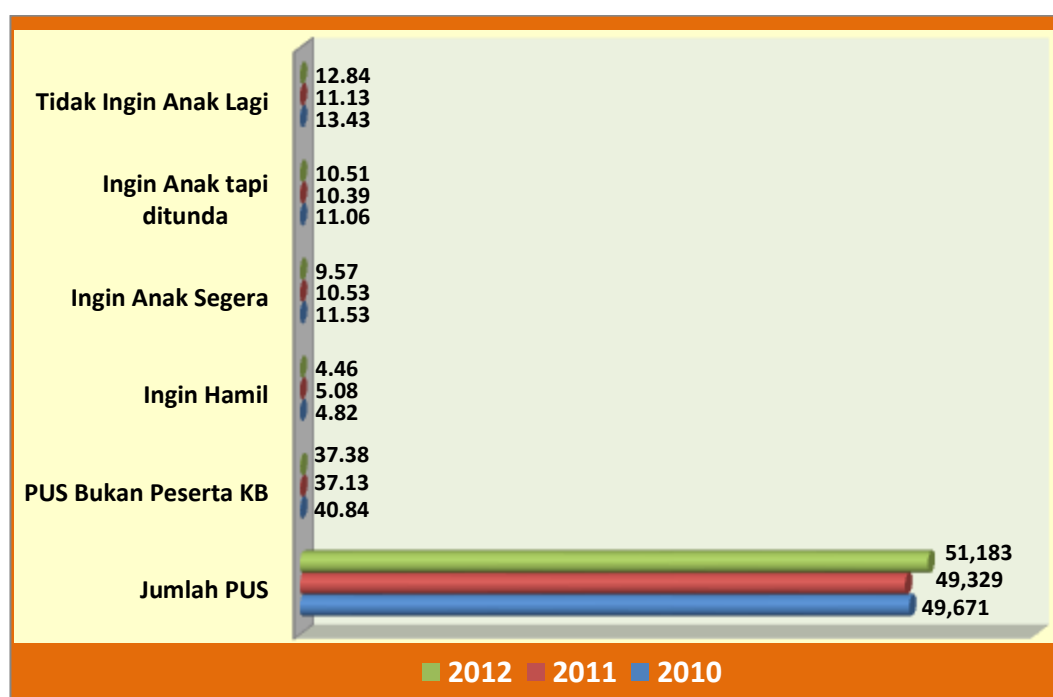
17. Proporsi Bukan Peserta KB Terhadap PUS

Proporsi bukan peserta KB terhadap PUS memberikan gambaran tentang kepesertaan PUS dalam ber KB, semakin besar angka rasionya mengindikasikan semakin banyak PUS yang mengikuti program KB, sebaliknya bila angka rasionya rendah berarti semakin banyak PUS yang tidak ber KB atau bukan peserta KB. PUS tidak mengikuti program KB antara lain disebabkan karena belum punya anak, sedang hamil, masih ingin punya anak, dan alasan-alasan lain seperti tidak cocok dengan alkon, tidak mampu membeli alkon, atau mungkin karena dilarang oleh suami.

Informasi mengenai PUS tidak ber KB merupakan suatu hal yang sangat penting, karena disini bisa tergali informasi penting lainnya seperti : apakah kehamilan tersebut diinginkan, apakah ibu hamil tersebut memeriksakan kehamilannya secara rutin, apakah setelah melahirkan ibu tersebut masih ingin punya anak lagi, dan sebagainya. Sebagaimana data diilustrasikan dalam Gambar berikut :

Gambar 36

**Persentase Bukan Peserta KB Terhadap PUS di Kabupaten Donggala
Tahun 2010-2012**



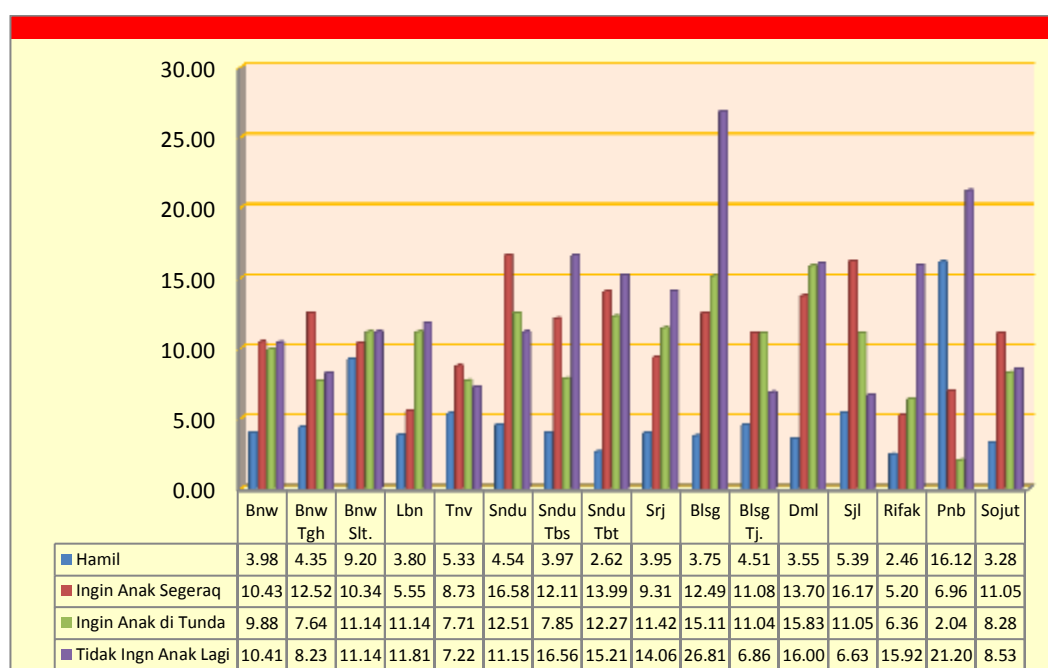
Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Jumlah PUS bukan peserta KB di Kabupaten Donggala pada tahun 2010-2012 mencapai angka kurang dari 41 persen. Angka ini mengindikasikan bahwa di Kabupaten Donggala pada tahun tersebut masih terdapat sekitar 41 persen keluarga PUS yang tidak ber KB. Angka tertinggi di capai pada tahun 2010 yaitu sebesar 40.84 persen, menurun pada tahun 2011 menjadi 37,13 persen, dan kemudian naik tipis pada tahun 2012 menjadi

37,38 persen. Angka ini masih relative tinggi, karena itu masih perlu diupayakan agar angka partisipasinya lebih ditingkatkan lagi. Faktor penyebab PUS tidak menjadi peserta KB di sebabkan karena berbagai alasan yaitu karena ingin hamil, ingin anak segera, ingin anak tapi ditunda, tidak ingin anak lagi.

Gambar 37

Persentase Bukan Peserta KB Terhadap PUS di Kabupaten Donggala
Menurut Kecamatan Tahun 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

18. PUS Yang Tidak Ber KB Karena Ingin Hamil Dan Punya Anak Segera

PUS yang tidak ber KB karena ingin punya anak segera (< 2 tahun setelah kelahiran terakhir), mengindikasikan keinginan PUS untuk menunda atau tidak ingin hamil lagi dalam waktu dekat. Ada beberapa faktor penyebab PUS tidak ber KB karena ingin anak segera karena jumlah anak yang hidup belum mencapai jumlah anak yang diinginkan, karena menginginkan-

kan anak laki-laki atau perempuan yang belum dimiliki keluarga PUS, karena PUS masih muda dan lain sebagainya.

Dari data di atas terlihat bahwa jumlah PUS yang tidak ber KB karena ingin hamil dan punya anak segera di Kabupaten Donggala selama periode 2010-2012 cenderung menurun, ini berarti bahwa ada kecenderungan bagi keluarga PUS untuk mengurangi kelahiran melalui penundaan atau perencanaan kelahiran. Keadaan ini tertinggi terjadi di Kecamatan Banawa Tengah dengan angka rasio sebesar 13,40 persen.

19. PUS Yang Tidak Ber KB Karena Ingin Punya Anak Tapi Ditunda

PUS tidak ber KB dengan alasan masih ingin punya anak lagi tapi ditunda (2 tahun setelah kelahiran terakhir), memberi pengukuran tentang penundaan kelahiran dalam jangka waktu yang diinginkan oleh PUS. Semakin kecil rasionya semakin baik, karena semakin kecil terjadinya kehamilan yang belum diinginkan (sebelum waktunya). Berdasarkan data keluarga di Kabupaten Donggala pada tahun 2010-2011 berfluktuasi turun pada tahun 2011 kemudian naik lagi pada tahun 2012. Di tahun 2012 terdapat 10,51 persen keluarga PUS yang tidak ber KB ingin punya anak tapi ditunda dan yang tertinggi pada Kecamatan Sirenja yaitu sebesar 18,04 persen.

Kelompok PUS yang tidak ber KB karena masih ingin punya anak tapi ditunda dapat menjadi sasaran KB dengan menganjurkan penggunaan alkon untuk menghindari terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan sebelum waktunya.

20. PUS Yang Tidak Ber KB Karena Tidak Ingin Hamil Lagi.

Dalam program KB, PUS yang tidak ber KB tapi tidak ingin punya anak lagi sangat penting dan perlu menjadi perhatian khusus. Karena kelompok PUS ini memerlukan pelayanan kontrasepsi bersifat segera dan mendesak yang harus menjadi prioritas utama. Hal ini dapat menjadil solusi untuk menghindari terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan bagi mereka.

Data tersebut di atas menggambarkan bahwa jumlah PUS bukan peserta KB yang ada di Kabupaten Donggala yang tidak ingin lagi punya anak dalam tahun 2010-2012 cukup besar dan jumlahnya berpluktuasi dari tahun ketahun. Pada tahun 2010 sebesar 13,43 persen, pada tahun 2011 sebesar 11,13 persen, dan pada tahun 2012 sebesar 12,84 persen dan terbesar pada Kecamatan Sindue Tobata sebesar 18,02 persen. Angka ini cukup bagus karena semakin tinggi angka ratio perbandingannya berarti terjadi keinginan bagi PUS untuk tidak lagi menambah jumlah anak dalam keluarganya yang pada gilirannya dapat mengurangi angka kelahiran dan jumlah pertumbuhan penduduk di Kabupaten Donggala.

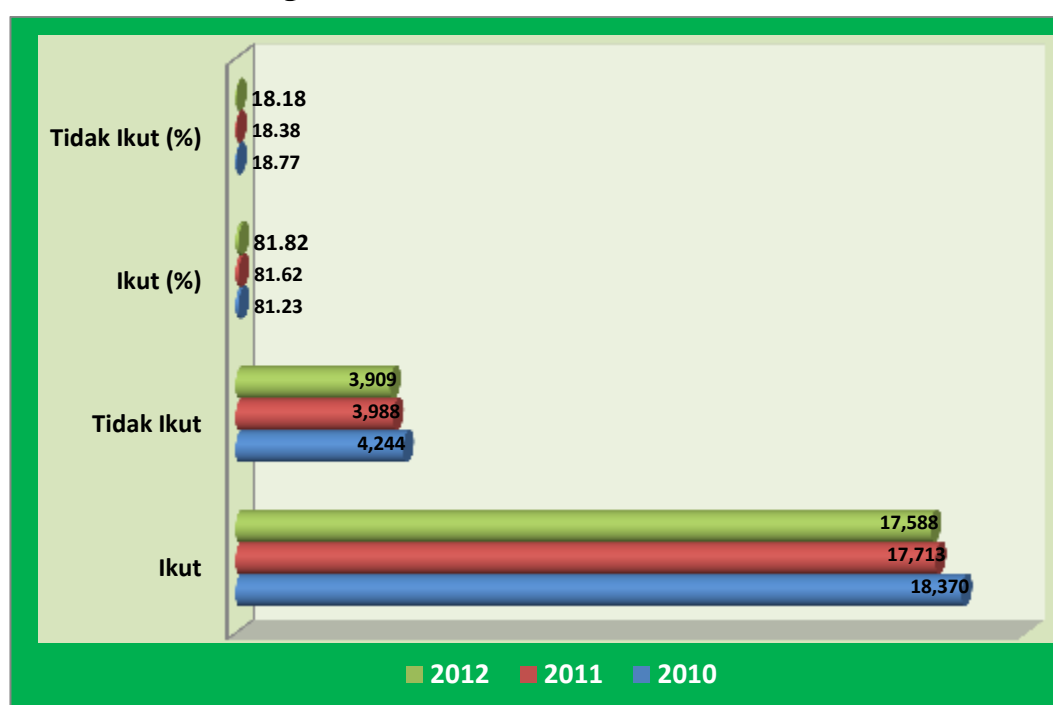
21. Perkembangan Bayi Usia 0-4 (Balita) yang tidak Mengikuti Posyandu

Salah satu kegiatan dari program KB adalah pelaksanaan kegiatan berupa peninmbangan bayi dan kegiatan KB lain di Posyandu. Kemajuan pelaksanaan kegiatan ini dapat diukur dari jumlah balita (usia 0-4 tahun) yang mengikuti kegiatan penimbangan di Posyandu. Semakin tinggi persentase balita yang tidak mengikuti kegiatan berarti cakupan pelayanan peninbangan tidaka dilaksanakan dengan baik. Sebaliknya jika angka persentase balita yang tidak mengikuti kegiatan di Posyandu berarti cakupan pelayanan penimbangan meningkat.

Data menunjukkan bahwa program KB di Kabupaten Donggala berupa pelaksanaan kegiatan penimbangan bayi di Posyandu selama 2010-2012 mengalami perkembangan yang menggembirakan karena jumlah yang tidak ikut semakin benurun sementara jumlah yang ikut kegiatan semakin bertambah, yang berarti kegiatan ini direnspon dengan baik oleh masyarakat.

Gambar 38

Perkembangan Bayi Usia 0-4 Tahun (Balita) Mengikuti
Kegiatan Pos Yandu Tahun 2010 ~ 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan
(BKBPP) Kab. Donggala, 2013

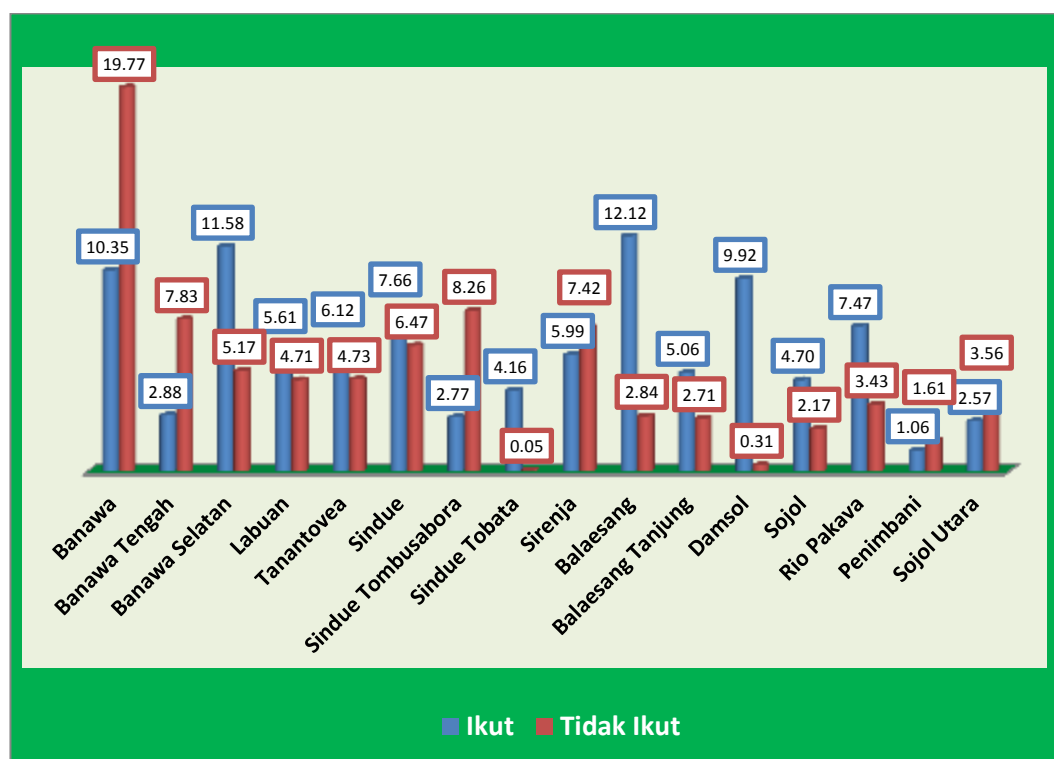
Kegiatan KB berupa penimbangan bayi dan kegiatan lainnya di laksanakan di Posyandi di kecamatan pada tahun 2012, disebagian besar kecamatan jumlah keluarga yang mengikuti kegiatan ini lebih banyak ketimbang yang tidak mengikuti, kecuali di Kecamatan Banawa, Banawa

Tengah, Sindue Tombosobara, Sirenja dan Sojol yang tidak mengikuti lebih banyak dibanding yang mengikuti.

Jumlah tertinggi yang mengikuti kegiatan ini di Kecamatan Balaesang yaitu sebesar 12.12 persen dari total keluarga yang mengikuti kegiatan di Kabupaten Donggala pada tahun itu. Sedangkan angka tertinggi yang tidak mengikuti kegiatan ini terjadi di Kecamatan Banawa sebesar 19,77 persen dari total keluarga yang tidak mengikuti kegiatan ini pada tahun 2012. Kondisi ini tentu perlu menjadi perhatian mengapa partisipasi keluarga di beberapa kecamatan masih menunjukkan partisipasi yang relatif rendah.

Gambar 39

Jumlah Anak Usia 0-4 Tahun Yang Mengikuti Kegiatan Posyandu Menurut Kecamatan Tahun 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

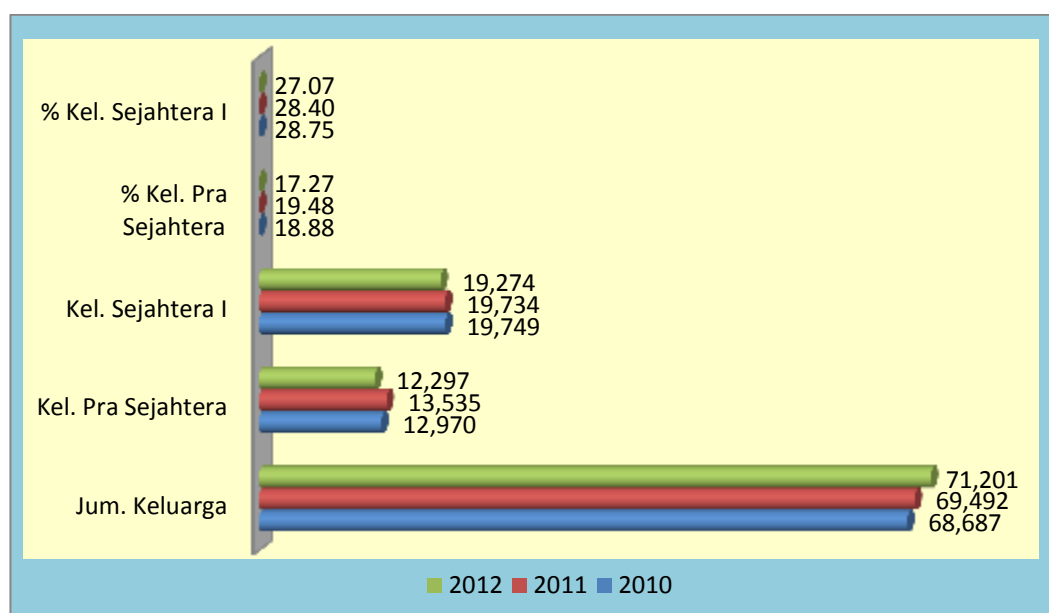
22. Perkembangan Jumlah Keluarga Pra Sejahtera dan Sejahtera I

Tingkat kesejahteraan keluarga di suatu wilayah atau daerah dapat diukur dari jumlah keluarga pra sejahtera dan sejahtera I. Bila jumlah kelompok keluarga ini meningkat berarti tingkat kesejahteraan keluarga di daerah itu mengalami penurunan, dan sebaliknya bila di daerah itu terjadi peningkatan jumlah kelompok keluarga ini, maka tingkat kesejahteraan keluarganya pun meningkat.

Berkaitan dengan hal tersebut, perkembangan jumlah kelompok tahapan keluarga pra sejahtera dan sejahtera I ditunjukkan dalam Gambar berikut:

Gambar 40

Persentase Jumlah Keluarga Prasejahtera dan Sejahtera I di Kabupaten Donggala Tahun 2010-2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

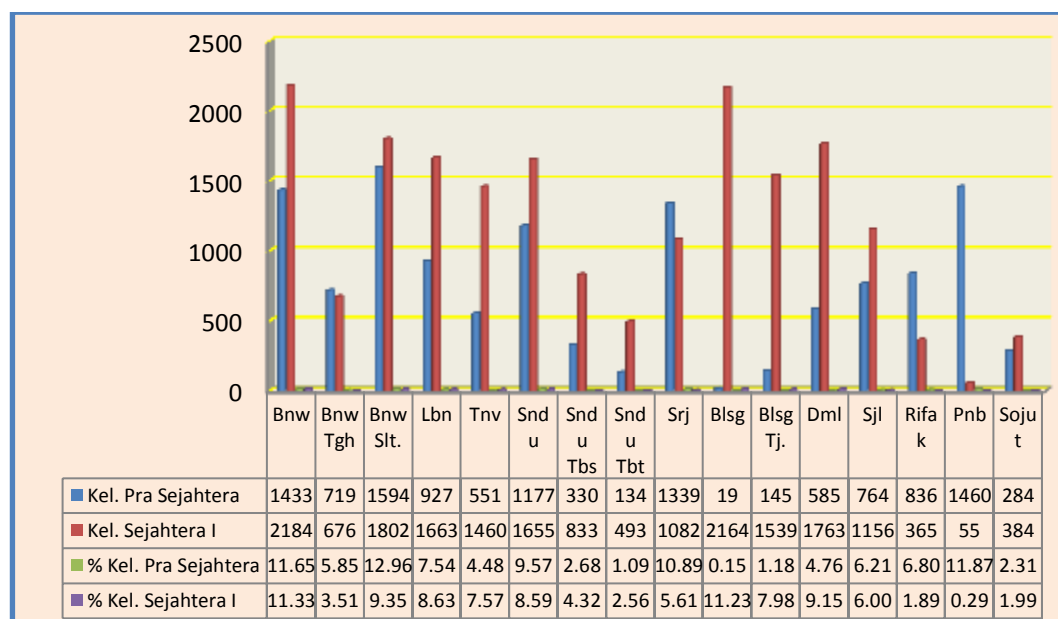
Dilihat dari data tersebut di atas tergambar bahwa jumlah kelompok keluarga prasejahtera dan sejahtera I di Kabupaten Donggala selama periode 2010-2012 mengalami penurunan. Pada tahun 2010 jumlah

keluarga prasejahtera sebanyak 12.970 keluarga atau 16,88 persen, pada tahun 2011 jumlah kelompok keluarga ini mengalami kenaikan menjadi 13.535 keluarga atau 19.48 persen, dan pada tahun 2012 mengalami penurunan menjadi 12.297 keluarga atau 17.27 persen dari total keluarga yang ada di Kabupaten Donggala pada tahun itu. Sedangkan jumlah kelompok keluarga sejahtera I terjadi penurunan dari 28,75 persen atau 19.749 keluarga pada 2010 menjadi 28.40 persen atau 19.734 keluarga pada tahun 2011 dan turun lagi pada tahun 2012 menjadi 27,07 persen atau 19.274 keluarga.

Keadaan ini mengindikasikan bahwa di Kabupaten Donggala terjadi peningkatan kesejahteraan keluarga selama periode tahun 2010-2012. Dengan demikian program peningkatan kesejahteraan masyarakat di Kabupaten Donggala telah berjalan dengan baik.

Gambar 41

Persentase Jumlah Keluarga Prasejahtera & Sejahtera I per Kecamatan di Kabupaten Donggala tahun 2012



Sumber : Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) Kab. Donggala, 2013

Kelompok keluarga prasejahtera dan sejahtera I di Kabupaten Donggala pada tahun 2012, jumlahnya bervariasi antar kecamatan. Untuk keluarga prasejahtera tertinggi berada di Kecamatan Banawa Selatan yaitu sebanyak 1.594 keluarga atau 12,96 persen dan terendah di Kecamatan Balaesang yaitu sebesar 19 keluarga atau 0.15 persen dari total keluarga prasejahtera di Kabupaten Donggala pada tahun 2012. Sedangkan untuk kelompok keluarga sejahtera I tertinggi terdapat di Kecamatan Banawa yaitu 2.184 keluarga atau 11,33 persen dan terendah di Kecamatan Panimbani dengan jumlah sebesar 55 keluarga atau 0,29 persen dari seluruh keluarga sejahtera I di Kabupaten Donggala pada tahun 2012.

BAB VI PENUTUP

KESIMPULAN

1. Pertumbuhan penduduk, baik pertumbuhan antar wilayah kecamatan maupun dilihat dari pertumbuhannya setiap tahun mengindikasikan bahwa pertumbuhan penduduk di Kabupaten Donggala dalam priode penelitian dapat dikendalikan dengan baik.
2. Kepadatan penduduk di Kabupaten Donggala dari tahun ke tahun tidak mengalami perubahan yang signifikan, rata-rata tercatat dalam setiap km² dihuni 51 jiwa penduduk. Kondisi ini mengindikasikan bahwa kepadatan penduduk di kabupaten donggala masih dalam batas yang belum memprihatinkan.
3. Upaya pengendalian angka kelahiran (*fertilitas*) melalui progam penggunaan alat kontrasepsi, pencegahan pernikahan dini, serta beberapa program pembinaan kaum perempuan yang memasuki usia nikah, dinilai berhasil dengan indikasi terjadinya trend menurun setiap periodenya.
4. Pada aspek mortalitas menunjukkan bahwa tingkat kematian bayi mengalami penurunan yang sangat signifikan setiap periodenya, sedangkan untuk kematian ibu juga dapat ditekan dari tahun ke tahun, kondisi ini mengindikasikan keberhasilan penanganannya untuk mencegah tingkat kematian bayi dan ibu.

5. Pada tahun 2012 dari 71.794 WUS di Kabupaten Donggala 71,29 persen atau 51.183 diantaranya adalah Pasangan Usia Subur (PUS). Hal ini berarti lebih dari separuh WUS di Kabupaten Donggala berstatus kawin dan ini sangat potensial dalam meningkatkan jumlah kelahiran.
6. Program pendewasaan usia perkawinan pertama selama kurun waktu 2010-2012 menunjukkan hasil yang menggembirakan dengan semakin menurunnya jumlah wanita yang kawin dalam usia muda yang ditandai dengan semakin mengecilnya angka perbandingan PUS yang istrinya < 20 tahun dengan jumlah PUS di Kabupaten Donggala.
7. Pelaksanaan program KB di Kabupaten Donggala semakin membaik dari tahun ketahun. Terindikasi dengan semakin meningkatnya peserta KB setiap periodenya.
8. Sekalipun terjadi peningkatan dalam jumlah, tetapi dilihat dari jalur kepesertaannya 95 persen masih memilih jalur pemerintah. Sementara yang memilih ber KB dengan jalur swasta masih kurang dari 5 persen.
9. Angka partisipasi PUS dalam ber KB mencapai angka 60 persen, mengindikasikan bahwa pasangan usia subur (PUS) di Kabupaten Donggala 60 persen ber KB dan hanya 40 persen yang tidak ber KB.
10. Jumlah kelompok keluarga prasejahtera dan sejahtera I di Kabupaten Donggala selama periode 2010-2012 mengalami penurunan. Keadaan ini mengindikasikan bahwa di Kabupaten Donggala terjadi peningkatan kesejahteraan keluarga setiap periode. Dengan demikian program peningkatan kesejahteraan masyarakat di Kabupaten Donggala telah berjalan dengan baik.

REKOMENDASI

1. Intensitas penyebarluasan informasi dan dokumentasi program KKB melalui media massa, sehingga diharapkan PUS, WUS, Remaja dan Keluarga dapat mengakses Informasi KKB tersebut secara periodik dan sporadik.
2. Intensitas tentang aksesibilitas dan kemitraan instansi teknis terkait (BKBPP) dengan pihak swasta diharapkan lebih ditingkatkan dalam memberikan penyadaran kepada masyarakat akan pentingnya Program KB menuju keluarga yang berkualitas.
3. Intensitas tentang aksesibilitas lintas instansi terkait juga diharapkan lebih bersinergi dalam mensukseskan program KB di Kabupaten donggala.
4. Kesertaan PUSMUDA dalam ber KB, harus dijadikan focus perhatian tersendiri terutama dalam pembinaannya untuk memberikan penyadaran akan pentingnya Keluarga Kecil Sejahtera.
5. Penggarapan wilayah (desa) Unmeet need perlu menjadi skala prioritas, sehingga angkanya bisa direduksi secara berkelanjutan.
6. Diharapkan POKTAN (Kelompok Kegiatan) setiap Desa atau Kelurahan sebaiknya terbentuk minimal satu kelompok POKTAN setiap desa/kelurahan.
7. Pengembangan peta kerja POKTAN perlu diperjelas untuk lebih mengefektifkan pembinaannya.
8. Intensitas pembinaan kualitas monitoring dan evaluasi kegiatan ketahanan keluarga dan kesejahteraan keluarga perlu lebih dikembangkan lagi.
9. Perlu lebih dikembangkan kuantitas dan kualitas advokasi dan KIE kelembagaan KKB sehingga keberhasilan program KB dapat dioptimalkan.
10. Intensitas Pelayanan jalur pemerintah sebaiknya diprioritaskan bagi keluarga yang kurang mampu (Pra Sejahtera dan Keluarga

Sejahtera I) dengan anjuran untuk menggunakan alkon MKJP (MOP, MOW, IUD dan Implant).

11. Intensitas Pembinaan dan Kesertaan KB Jalur Swasta, juga masih perlu pendekatan khusus sehingga memiliki kesadaran untuk menjadi peserta KB mandiri.
12. Perlu lebih ditingkatkan Koordinasi yang intens dalam Rangka pelayanan dan Pembinaan KB jalur Swasta (Pemda, Dinas kesehatan, PD IDI dan PD IBI)
13. perlu Pembinaan secara intensif terutama Kesertaan KB Galciltas/Sasaran Khusus.
14. Perlu dan urgen pengembangan Kegiatan Pemberdayaan Ekonomi Keluarga sehingga mereka bias hidup lebih layak dan berkualitas.
15. Intensitas Program Latihan, Penelitian dan Pengembangan bagi instansi teknis terkait dianggap sangat urgen untuk memantau keberhasilan program KB serta kendala-kendala yang segera ditemukan solusinya.