

bkkbn 

ISBN 978-623-7550-87-7

**EVALUASI KEBERHASILAN
PROGRAM KEPENDUDUKAN,
KELUARGA BERENCANA,
DAN PEMBANGUNAN KELUARGA (KKBPK)
DI KALIMANTAN SELATAN**



cv.Mine

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAN KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT
2021**



083867708263



cv.mine7



mine mine



cv.Mine

Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153
Rt 11 Ngestiharjo Kasihan Bantul
Mobile : 083867708263
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-7550-87-7



9 786237 550877

**EVALUASI KEBERHASILAN PROGRAM
KEPENDUDUKAN, KELUARGA BERENCANA,
DAN PEMBANGUNAN KELUARGA (KKBP) DI
KALIMANTAN SELATAN**

Lenie Marlinae, SKM, MKL
dr. Agung Biworo, M.Kes
Prof. Dr. Syamsul Arifin, dr. M.Pd., DLP
Prof. Dr. Husaini, SKM, M.Kes
Dr. Tien Zubaidah, SKM, MKL
Laily Khairiyati, SKM, MPH
Agung Waskito, ST, MT
Anugrah Nur Rahmat, SKM
Ratna Setyaningrum, SKM, M.Sc
Noor Ahda Fadillah, SKM, M.Kes (Epid)
Fakhriyah. S.Si.T., MKM
Dian Rosadi, SKM, MPH
Sherly Theana, SKM
Taufik
Andre Yusufa Febriandy, SKM
M. Gilmani
Winda Saukina Syarifatul Jannah, SKM
Ammara Ulfa Azizah
Raudatul Jinan

Editor

Anugrah Nur Rahmat, SKM
M Gilmani



EVALUASI KEBERHASILAN PROGRAM KEPENDUDUKAN, KELUARGA BERENCANA, DAN PEMBANGUNAN KELUARGA (KKBPK) DI KALIMANTAN SELATAN

Penulis

Lenie Marlinae, SKM, MKL
dr. Agung Biworo, M.Kes
dkk.

Editor

Anugrah Nur Rahmat, SKM
M Gilmani

Hak Cipta © 2021, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

**© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-
UNDANG**

Cetakan ke-1 Tahun 2021

CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-
55182

Telp: 083867708263

Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-7550-87-7

KATA PENGANTAR

Puji syukur selalu kami panjatkan kehadirat Allah Swt yang telah memberikan semua nikmatnya sehingga penulis berhasil menyelesaikan buku yang berjudul “Evaluasi Keberhasilan Program Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) Di Kalimantan Selatan” ini dengan tepat waktu tanpa adanya kendala yang berarti. Tujuan dari penyusunan buku ini adalah untuk memudahkan para pembaca mengenai keberhasilan program kependudukan, keluarga berencana, dan pembangunan keluarga (KKBPK) di Kalimantan Selatan.

Keberhasilan penyusunan buku ini tentunya bukan atas usaha penulis saja namun ada banyak pihak yang turut membantu dan memberikan dukungan untuk suksesnya penulisan buku ini. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan baik secara moril ataupun material sehingga buku ini berhasil disusun.

Buku yang ada di hadapan pembaca ini tentu tidak luput dari kekurangan. Selalu ada celah untuk perbaikan. Sehingga, kritik, saran serta masukan dari pembaca sangat kami harapkan dan kami sangat terbuka untuk itu supaya buku ini semakin sempurna dan lengkap.

Banjarbaru, Maret 2021

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Pengertian Kependudukan, Keluarga Berencana, Dan Pembangunan Keluarga (KKBPK)	1
A. Kependudukan	1
B. Keluarga Berencana	9
C. Pemabangunan Keluarga	15
BAB 2 Program Kependudukan, Keluarga Berencana, Dan Pembangunan Keluarga (KKBPK)	
A. Pengertian KKBPK	18
B. Tujuan KKBPK	19
C. Manfaat KKBPK	22
D. Upaya KKBPK Mengedalikan Penduduk	24
BAB 3 Kampung Keluarga Berencana	
A. Pengertian Kampung KB	46
B. Tujuan Kampung KB	47
C. Syarat Pembentukan Kampung KB	49
D. Kriteria Pemilihan Wilayah Kampung KB	50
BAB 4 Evaluasi Program KKBP	
A. Evaluasi Program Kesehatan	52
B. Indeks Kepuasan Masyarakat	53
C. Uptimalisasi Program KKBPK	57
DAFTAR PUSTAKA	59

BAB 1

PENGERTIAN KEPENDUDUKAN, KELUARGA BERENCANA, DAN PEMBANGUNAN KELUARGA (KKBPK)

A. PENDUDUKAN

Penduduk merupakan kumpulan manusia yang menempati wilayah geografi dan ruang tertentu. Penduduk adalah semua orang yang berdomisili di wilayah geografis Indonesia selama minimal enam dan atau mereka yang berdomisili kurang dari enam bulan tetapi bertujuan menetap. Pertumbuhan penduduk diakibatkan oleh tiga komponen yaitu: fertilitas, mortalitas dan migrasi.



1. Pengertian penduduk

Pada hakekatnya, pengertian mengenai penduduk lebih ditekankan pada komposisi umur, jenis kelamin dan lain-lain, tetapi juga klasifikasi tenaga kerja dan watak ekonomi, tingkat pendidikan, agama, ciri sosial, dan angka statistik lainnya yang menyatakan distribusi frekuensi. Penduduk adalah orang dalam kedudukannya sebagai pribadi, anggota keluarga, anggota masyarakat, warga negara dan himpunan kuantitas yang bertempat tinggal di suatu tempat dalam batas wilayah tertentu. Penduduk atau warga suatu negara atau daerah bisa didefinisikan menjadi dua yaitu orang yang tinggal di daerah tersebut. Orang yang secara hukum berhak tinggal di daerah tersebut. Dengan kata lain orang yang mempunyai surat resmi untuk tinggal di suatu tempat. Misalkan bukti kewarganegaraan, tetapi memilih tinggal di daerah lain. Dalam sosiologi, penduduk adalah kumpulan manusia yang menempati wilayah geografi dan ruang tertentu.

Dalam arti luas, penduduk atau populasi berarti sejumlah makhluk sejenis yang mendiami atau menduduki tempat tertentu misalnya pohon bakau yang terdapat pada hutan bakau, atau kera yang menempati hutan tertentu. Bahkan populasi dapat pula dikenakan pada benda-benda sejenis yang terdapat pada suatu tempat, misalnya kursi dalam suatu gedung sekolah. Dalam kaitannya dengan manusia,

maka pengertian penduduk adalah manusia yang mendiami dunia atau bagian-bagiannya.

Pertumbuhan penduduk adalah perubahan populasi sewaktu-waktu, dan dapat dihitung sebagai perubahan dalam jumlah individu dalam sebuah populasi menggunakan “per waktu unit” untuk pengukuran. Sebutan pertumbuhan penduduk merujuk pada semua spesies, tapi selalu mengarah pada manusia, dan sering digunakan secara informal untuk sebutan nilai pertumbuhan penduduk, dan digunakan untuk merujuk pada pertumbuhan penduduk dunia.

2. Penyebaran Penduduk

Pertumbuhan penduduk merupakan keseimbangan yang dinamis antara kekuatan-kekuatan yang menambah dan kekuatan-kekuatan yang mengurangi jumlah penduduk. Secara terus menerus penduduk akan di pengaruhi oleh jumlah bayi yang lahir (menambah jumlah penduduk), tetapi secara bersamaan pula akan dikurangi oleh jumlah kematian yang terjadi pada semua golongan umur.

Ada tiga faktor lain yang sering di masukan sebagai unsur integral dari sistem kependudukan yakni:

- a. Struktur penduduk, yaitu : distribusi umur dan jenis kelamin

- b. Komposisi penduduk, yaitu ciri-ciri sosio demografi penduduk yang luas lingkungannya, antara lain status perkawinan, pendapatan, ras, pendidikan, pekerjaan atau agama
- c. Distribusi penduduk, yaitu persebaran dan lokasi penduduk dalam suatu wilayah tertentu.

Penyebaran penduduk di dunia secara umum menurut geografi tidak merata. Pada tahun 1998, jumlah penduduk dunia sebanyak 5,9 miliar. Lebih dari separuh penduduk, yaitu 3,6 miliar bertempat tinggal di Benua Asia, sementara sisanya tersebar di Benua Afrika, Eropa, Amerika, dan Oseania. Ketidakmerataan ini disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya adalah faktor alam (kesuburan tanah dan iklim), social dan ekonomi (ketersediaan sarana dan prasarana), serta faktor budaya dan politik. Pada akhirnya, persoalan ini kadang menimbulkan masalah yang serius bagi pemerintah dan penduduknya, seperti penyediaan lapangan pekerjaan dan sarana pendidikan yang terbatas.

Di Indonesia, penyebaran penduduk secara geografis juga tidak merata. Pada tahun 1995, sekitar 60% penduduk menghuni Pulau Jawa yang luasnya hanya 6,9% dari luas daratan Indonesia. Sementara itu, Pulau Kalimantan (pulau terbesar) yang luasnya 28,1% dari luas seluruh wilayah Indonesia hanya dihuni oleh 5,4% penduduk.

Penyebaran penduduk yang tidak merata juga dapat dilihat berdasarkan administrasi pemerintahan. DKI Jakarta yang menjadi pusat administrasi pemerintahan memiliki penduduk yang paling banyak dibandingkan dengan provinsi lainnya di Indonesia. Hal ini disebabkan banyaknya masyarakat yang beranggapan bahwa ibu kota adalah tempat yang tepat untuk mencari pekerjaan.

Persebaran penduduk yang tidak merata menimbulkan beberapa masalah, di antaranya kelebihan penduduk di pulau jawa dan madura yang terwujud sulitnya angkatan kerja mendapat pekerjaan, pendapatan penduduk yang rendah dan angka pengangguran meningkat. Di luar jawa banyak sumber daya alam yang belum sempat di jamah oleh manusia. Di pulau jawa proses pemiskinan terjadi karena terlalu padatnya penduduk. Sebaliknya, di luar pulau jawa pemiskinan di sebabkan kekurangan penduduk.

3. Permasalahan Penduduk

Pertambahan penduduk adalah jumlah penduduk di akibatkan karena jumlah kelahiran yang ternyata jauh melebihi jumlah kematian. Selain itu mungkin di sebabkan karena sarana pengendalian risiko kematian kian lama kian berhasil di tngkatkan sedangkan penurunan angka kelahiran yang sangat lambat. Selain itu pertambahan penduduk

mungkin juga di tujukan untuk mencapai pertambahan alamiah dengan cara meningkatkan angka kelahiran yang lebih tinggi. Sudah tentu pertumbuhan alamiah merupakan sumber pertambahan di dunia sebagai suatu keseluruhan dan mungkin juga di beberapa daerah tertentu.



Kependudukan merupakan masalah nasional yang berdampak kepada masyarakat luas, di satu sisi bahwa penduduk yang besar merupakan modal dalam pembangunan, karena di situ terdapat jumlah angkatan kerja yang cukup besar pula. Di lain pihak bahwa penduduk yang besar merupakan beban pemerintah dalam kaitannya kebutuhan hidup baik primer maupun sekunder. Oleh karena itu sejak anak-anak usia sekolah telah di pelajari masalah kependudukan, yang termasuk ke dalam kelompok bidang

studi IPS tersebut adalah mata pelajaran yang mempelajari kehidupan sosial yang di dasarkan pada bahan kajian geografi, ekonomi, sosiologi, antropologi, dan sejarah.

Perkembangan penduduk yang cepat menimbulkan berbagai masalah antara lain kesenjangan penghasilan pedesaan dan perkotaan, dan meningkatnya kebutuhan lahan. Untuk mengatasi hal tersebut subsidi untuk kesejahteraan sosial memegang peranan penting untuk mengurangi perbedaan di kota dan di desa sebagai strategi yang di arahkan untuk percepatan pertumbuhan sosial ekonomi dan modernisasi, dan keseimbangan wilayah. Disebutkan pula bahwa seperti daerah perkotaan, dengan kecepatan perkembangan penduduk akibatnya lahan tempat tinggal semakin sempit, sempitnya tempat tinggal tersebut akhirnya menjadi perkampungan yang kumuh, sulit untuk dilakukan pengaruh pengaturan secara baik, kepedulian masyarakat semakin berkurang pula. Besar kecilnya laju pertambahan penduduk di suatu wilayah sangat di pengaruhi oleh besar kecilnya komponen pertumbuhan penduduk. Penduduk akan bertambah jumlahnya kalau ada bayi lahir dan penduduk yang akan datang dan penduduk akan berkurang jumlahnya kalau ada penduduk yang mati dan yang meninggalkan wilayah tersebut.

4. Kebijakan Penduduk

Kebijakan kependudukan adalah langka-langka dan program yang membantu tercapainya tujuan-tujuan ekonomi, sosial, demografis, dan tujuantujuan umum lain dengan jalan memengaruhi variabel-variabel demografi, yaitu besaran penduduk dan pertumbuhannya.

Kebijakan kependudukan dapat dibedakan antara kebijakan yang memengaruhi variabel-variabel kependudukan dan kebijakan yang menanggapi perubahan dalam bidang kependudukan. Kebijakan kependudukan yang memengaruhi variabel kependudukan adalah keluarga berencana di Indonesia. Melalui program ini, jumlah kelahiran di Indonesia diharapkan dapat di kontrol sehingga jumlah penduduk Indonesia yang demikian banyak dapat ditekan pertumbuhannya.

Setiap Negara mempunyai kebijakan kependudukan yang berbeda-beda untuk mengatasi masalah penduduk yang dihadapi di Negeranya. Seperti yang kita ketahui bahwa setiap tahunnya jumlah penduduk bertambah sedangkan luas wilayah akan selalu tetap, ditambah saat ini angka harapan hidup semakin tinggi. Itu artinya jumlah kelahiran yang tak mungkin diimbangi dengan terjadinya kematian karena tolak ukur pengendalian penduduk adalah saat angka kelahiran dan kematian rendah. Banyaknya jumlah penduduk sudah kita

mulai rasakan berbagai masalah yang ditimbulkannya saat ini seperti pengangguran, masalah pangan, kemacetan, sampah, transportasi, alih fungsi lahan, dan masih banyak persoalan lain akibat pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali. BKKBN perlu lagi untuk kembali menekankan bahwa KB tidak semata-mata untuk kepentingan pemerintah. Program KB yang dilaksanakan tidak bersifat memaksa, tetapi dilaksanakan dengan menanamkan nilai-nilai pada masyarakat tentang makna membangun keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

B. KELUARGA BERENCANA



Keluarga berencana bukanlah sesuatu yang baru, karena menurut catatan dan tulisan yang berasal dari Mesir kuno, Yunani kuno, Tiongkok kuno dan

India, hal ini telah dipraktekkan berabad-abad yang lalu, namun caranya masih kuno dan primitif. Cara keluarga berencana yang pertama dilakukan adalah dengan jalan

berdoa dan memakai jimat anti hamil, sambil meminta dan berharap supaya wanita jangan hamil.

Pada zaman Yunani kuno, Soranus dan Ephesus membuat tulisan ilmiah tentang cara menjarangkan kelahiran yaitu mengeluarkan semen (air mani) dengan membersihkan vagina dengan kain dan minyak setelah selesai melakukan hubungan seksual. Selain itu, ada juga yang memasukkan rumput, daun-daunan, atau sepotong kain perca ke dalam vagina untuk menghalangi masuknya sperma ke dalam rahim pada waktu akan melakukan hubungan seksual.

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana (disingkat KB) adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Itu bermakna adalah perencanaan jumlah keluarga dengan pembatasan yang bisa dilakukan dengan penggunaan alat-alat kontrasepsi atau penangguhan kelahiran seperti kondom, spiral, IUD, dan sebagainya. Gerakan keluarga berencana diartikan sebagai upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui upaya pendewasaan usia perkawinan, pengendalian kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, dan peningkatan kesejahteraan keluarga dalam rangka melembagakan dan membudidayakan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Sasaran utama dari pelayanan KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS). Pelayanan KB diberikan di berbagai unit pelayanan baik oleh pemerintah maupun swasta dari tingkat desa hingga tingkat kota dengan kompetensi yang sangat bervariasi. Pemberi layanan KB antara lain adalah Rumah Sakit, Puskesmas, dokter praktek swasta, bidan praktek swasta dan bidan desa. Jenis alat/obat kontrasepsi antara lain kondom, pil KB, suntik KB, AKDR, implant, vasektomi, dan tubektomi. Untuk jenis pelayanan KB jenis kondom dapat diperoleh langsung dari apotek atau toko obat, pos layanan KB dan kader desa. Pelayanan kontrasepsi suntik KB sering dilakukan oleh bidan dan dokter sedangkan pelayanan AKDR, implant dan vasektomi/tubektomi harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dan berkompeten.

2. Tujuan Keluarga Berencana

Kebijakan Keluarga Berencana (KB) bertujuan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk melalui usaha penurunan tingkat kelahiran. Kebijakan KB ini bersama-sama dengan usaha-usaha pembangunan yang lain selanjutnya akan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Upaya menurunkan tingkat kelahiran dilakukan dengan mengajak pasangan usia subur (PUS) untuk berkeluarga berencana. Sementara itu penduduk yang belum memasuki usia subur (Pra-PUS)

diberikan pemahaman dan pengertian mengenai keluarga berencana.



Untuk menunjang dan mempercepat pencapaian tujuan pembangunan dalam bidang KB telah ditetapkan beberapa kebijakan, yaitu perluasan jangkauan, pembinaan terhadap peserta KB agar secara terus menerus memakai alat kontrasepsi, pelebagaan dan pembudayaan NKKBS

serta peningkatan keterpaduan pelaksanaan keluarga berencana. Selanjutnya untuk mendukung pelaksanaan kebijakan tersebut terus dimantapkan usaha-usaha operasional dalam bentuk upaya pemerataan pelayanan KB, peningkatan kualitas baik tenaga, maupun sarana pelayanan KB, penggalangan kemandirian, peningkatan peran serta generasi muda, dan pemantapan pelaksanaan program di lapangan

3. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari

tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan alat kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan program KB, dengan tujuan menurunkan tingkat fertilitas melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

4. Metode Keluarga Berencana

Pelaksana program KB diperlukan kesadaran dan kemauan dari masyarakat. Dan tugas pemerintah adalah mendorong serta mensosialisasikan semua hal mengenai KB. KB sendiri dilakukan dengan metode kontrasepsi, yakni metode yang dilakukan untuk mencegah terjadinya pembuahan yang akan menyebabkan terjadinya kehidupan baru (kehamilan). Metode kontrasepsi terbagi menjadi metode “mekanik dan kimiawi” juga meliputi cara-cara alami dan sterilisasi. Cara-cara Alami dapat dilakukan secara alami tanpa menggunakan alat kontrasepsi seperti: Senggama Terputus, Pantang Berkala, Puasa Penuh, Adapun metode-metode kontrasepsi dengan menggunakan alat bantu seperti: Pil, Suntik, Kondom, IUD, Implan, Diafragma, Penyemprotan, Spermisida, Dan Sterilisasi.

Jadi dapat disimpulkan Bahwa KB adalah upaya yang dilakukan masyarakat secara sadar dalam mengurangi angka kelahiran, dengan tindakan pencegahan dan pembatasan kehamilan dengan menggunakan metode-metode kontrasepsi untuk mencapai tujuan dari program Keluarga Berencana.

5. Pasangan PUS



Pasangan usia subur yaitu pasangan suami istri yang terikat dalam perkawinan yang sah yang umur istrinya antara 15 s/d 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 keluarga berencana yang aktif sehingga memberi efek langsung terhadap penurunan tingkat fertilitas. Usia antara 15-49 tahun merupakan usia subur bagi seorang wanita, karena pada rentang usia tersebut kemungkinan wanita melahirkan anak cukup besar. Wanita yang usianya berada pada periode ini disebut wanita usia subur (WUS), dan

apabila memiliki status kawin maka kita dapat menyebutnya sebagai pasangan Usia Subur (PUS).

C. PEMBANGUNAN KELUARGA

Pembangunan keluarga sejahtera merupakan upaya yang menyeluruh dan terpadu yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat dan keluarga untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Sedangkan kualitas keluarga yang dimaksud adalah keluarga yang mencakup aspek pendidikan, kesehatan, ekonomi, sosial budaya dan kemandirian keluarga.

Program KB merupakan salah satu upaya untuk menekan laju pertumbuhan penduduk. Pembangunan penduduk yang didukung oleh program KB stagnan untuk menetapkan angka kelahiran. BKKBN merupakan salah satu program yang diluncurkan oleh pemerintah dalam hal pengendalian jumlah dalam penduduk di Indonesia. Pemberdayaan keluarga dalam bidang ekonomi merupakan salah satu usaha yang dilakukan untuk meningkatkan potensi dalam keluarga. Perwujudan kemandirian keluarga ditopang dengan dua tiang utama yaitu keluarga kecil agar bebannya tidak terlalu berat, dan keluarga sejahtera dengan ekonomi yang kuat dan untuk meningkatkan ketahanan ekonomi dilakukan oleh keluarga melalui usaha ekonomi produktif

yang tergabung dalam kelompok UPPKS yang telah dirintis sejak tahun 1979 namun dengan nama UPPKA.

Keluarga Berencana menurut UU 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.

Sasaran utama dari pelayanan KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS). Pelayanan KB diberikan di berbagai unit pelayanan baik oleh pemerintah maupun swasta dari tingkat desa hingga tingkat kota dengan kompetensi yang sangat bervariasi. Pemberi layanan KB antara lain adalah Rumah Sakit, Puskesmas, dokter praktek swasta, bidan praktek swasta dan bidan desa.

Untuk menindak lanjuti penafsiran Undang Undang Dasar 1945 terutama Pasal 28 ayat (1) di atas, negara memberikan kewenangan kepada penyelenggara pemerintah (terutama bidang kependudukan) untuk mengundang Undang – Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga pada tanggal 29 Oktober 2009, menggantikan Undang Undang sebelumnya Nomor 10 Tahun 1992. Dalam Undang

Undang ini dapat terlihat jelas peraturan yang mengatur masalah kependudukan dan suatu landasan yang digunakan untuk membuat program kerja dalam usaha untuk menanggulangi masalah laju pertumbuhan penduduk/ledakan jumlah pertumbuhan penduduk yang merupakan “pekerjaan rumah” bagi pemerintah dari tahun ke tahun.

BAB 2

PROGRAM KEPENDUDUKAN KELUARGA BERENCANA DAN PEMBANGUNAN KELUARGA

A. PENGERTIAN KKBPK



Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) memiliki misi melakukan pembangunan keluarga dengan ekonomi produktif dan pelaksanaan

fungsi keluarga. Untuk menjadi keluarga yang berkualitas, keluarga Indonesia harus mengikuti program Keluarga Berencana (KB) yang sudah dicanangkan oleh pemerintah. Indikator keluarga berkualitas diukur dari peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga yang berpatokan pada pelaksanaan 8 (delapan) fungsi keluarga. Diantaranya fungsi keagamaan, fungsi sosial budaya, fungsi cinta kasih, fungsi

perlindungan, fungsi reproduksi, fungsi sosialisasi dan pendidikan, fungsi ekonomi serta fungsi pembinaan lingkungan.

Pengertian Keluarga Berencana (KB) menurut UU no 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Bab I Pasal Ayat 8) Keluarga Berkualitas adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah dan bercirikan sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Bab I Pasal Ayat 10)

B. TUJUAN KKBPK

Kondisi kependudukan saat ini baik dalam arti jumlah dan kualitas maupun persebaran merupakan tantangan yang berat bagi pembangunan bangsa Indonesia. Situasi dan kondisi kependudukan Indonesia tersebut merupakan suatu fenomena yang memerlukan perhatian dan penanganan secara seksama, serius dan berkelanjutan. Salah satu upaya yang telah dan perlu terus dilakukan oleh pemerintah adalah dengan

pengendalian jumlah penduduk dan peningkatan kualitas penduduk melalui Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK). Program KKBPK mempunyai arti yang sangat penting dalam upaya mewujudkan manusia Indonesia sejahtera disamping program pendidikan dan kesehatan.

Latar belakang lahirnya Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) di Indonesia adalah adanya permasalahan kependudukan. Jumlah penduduk yang besar Jumlah Penduduk Indonesia berdasarkan Sensus Penduduk Tahun 2010 adalah 237.641.326 juta jiwa yang terdiri penduduk laki-laki 119.630.913 dan penduduk perempuan 118.010.413. Dengan jumlah penduduk sebanyak itu, Indonesia merupakan negara berpenduduk ke 4 terbesar di dunia setelah China (1,346 milyar), India (1,198 milyar) dan Amerika Serikat (315 juta).

Laju Pertumbuhan penduduk yang tinggi Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) Indonesia sebesar 1,49 persen per tahun atau terjadi penambahan 3 – 3,5 juta jiwa per tahun. Apabila LPP tetap dalam besaran 1,49 persen per tahun maka jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2045 menjadi sekitar 450 juta jiwa.

Hal ini berarti pada saat itu satu dari 20 penduduk dunia adalah orang Indonesia Angka Kematian Ibu (AKI)

merupakan indikator utama derajat kesehatan masyarakat dan ditetapkan sebagai salah satu tujuan Millenium Development Goals (MDGs). AKI Indonesia diperkirakan tidak akan dapat mencapai target MDG yang ditetapkan yaitu 102 per 100 000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Menurut SDKI 2012 menunjukkan angka AKI sebanyak 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih tinggi dari hasil SDKI 2007 yang besarnya hanya 228 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kelahiran di Indonesia saat ini antara 3 sampai 3,5 juta per tahun atau setara dengan jumlah penduduk negara Singapura.

Angka kelahiran diukur dengan Total Fertility Rate (TFR) yang diartikan sebagai jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita selama masa suburnya. TFR di Indonesia selama satu dasawarsa terakhir mengalami stagnasi dengan angka dalam kisaran 2,6 anak per Wanita Usia Subur (WUS). Ini menunjukkan bahwa upaya pengendalian penduduk di Indonesia melalui Program KKBPK belakangan ini belum mencapai hasil yang optimal.

Mutasi penduduk di Indonesia didominasi oleh perpindahan penduduk dari desa ke kota atau dalam istilah demografi disebut urbanisasi. Hingga saat ini arus urbanisasi dari desa ke kota masih berlangsung. Kota-kota besar di Indonesia seperti Jakarta, Medan, Surabaya, Banjarmasin, Makasar dan sebagainya menjadi tujuan penduduk desa untuk

mengadu nasib sehingga di kota-kota tersebut permasalahan makin bertumpuk. Tidak hanya masalah kepadatan penduduk dan pengangguran tetapi juga termasuk munculnya berbagai permasalahan sosial, masalah lingkungan/sampah dan sebagainya.

C. MANFAAT KKBPK

Program KKBPK memiliki banyak manfaat bagi keluarga. Tidak hanya bermanfaat dari sisi kesehatan tetapi juga bermanfaat dari sisi ekonomi dan sosial budaya. Dari sisi kesehatan, program KKBPK bermanfaat bagi ibu dan anak:

1. Bagi Ibu
 - a. Mencegah anemia (kurang darah)
 - b. KB dapat menjaga kesehatan fisik dan kesehatan reproduksi lebih optimal
 - c. Mencegah perdarahan yang terlalu banyak setelah persalinan dan mempercepat pulihnya kondisi Rahim
 - d. Mencegah Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)
 - e. Mendekatkan ibu pada pelayanan kesehatan
 - f. Meningkatkan keharmonisan keluarga
2. Bagi Anak
 - a. Mencegah kurang gizi pada anak
 - b. Tumbuh kembang anak terjamin

- c. Kebutuhan ASI Eksklusif 6 bulan dapat terpenuhi.

- 3. Dari sisi ekonomi
 - a. Mengurangi kebutuhan rumah tangga
 - b. Meningkatkan pendapatan/ekonomi keluarga

- 4. Dari sisi sosial budaya
 - a. Meningkatkan kesempatan bermasyarakat
 - b. Meningkatkan peran ibu dalam pengambilan keputusan keluarga

- c. Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP). Sasaran remaja belum menikah. Tujuan remaja menikah di usia ideal : Perempuan 20 – 30 tahun, Laki-laki minimal 25 tahun
Kegiatan program KKBPK terkait PUP antara lain :
Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK R), Saka Kencana, dll.

- d. Pengaturan kelahiran. Sasaran Pasangan Usia Subur (PUS). Tujuan mengatur jarak kelahiran dan jumlah anak, jarak ideal 3 – 4 tahun, jumlah 2 anak lebih baik.
Kegiatan dari program KKBPK terkait Pengaturan Kelahiran. Pelayanan KB (Rutin, TMKK-KB-Kes, PKK-KB-Kes) jaminan pasca pelayanan, dll

- e. Pembinaan Ketahanan Keluarga. Sasaran keluarga yang memiliki anak balita, remaja dan lansia. Tujuan

meningkatnya ketahanan dan keharmonisan keluarga. Kegiatan dari program KKBPK terkait Pembinaan Ketahanan Keluarga. Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL).

- f. Peningkatan Kesejahteraan Keluarga. Sasaran seluruh keluarga. Tujuan meningkatnya kesejahteraan keluarga, ukurannya dapat melaksanakan 8 fungsi keluarga. Kegiatan dari program KKBPK terkait dengan Peningkatan Kesejahteraan Keluarga adalah Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS)
- g. Pengelolaan Kependudukan. Sasarannya adalah penduduk. Tujuan pengendalian kuantitas dan peningkatan kualitas penduduk. Kegiatan dari Program KKBPK terkait dengan pengelolaan kependudukan antara lain sosialisasi dampak kependudukan, pendidikan kependudukan, dan penyusunan grand design pengendalian kuantitas dan kualitas penduduk.

D. UPAYA KKBPK PENGENDALIAN PENDUDUK

Pengaturan kelahiran yang dilaksanakan di Indonesia adalah dengan menggunakan alat kontrasepsi. Kontrasepsi berasal dari dua suku kata, yakni kontra artinya melawan dan konsepsi yang berarti pembuahan. Dengan demikian kontrasepsi memiliki makna usaha untuk mencegah terjadinya

kehamilan bersifat sementara (menunda/menjarangkan) atau bersifat permanen (tidak ingin hamil lagi). Metode atau alat kontrasepsi modern terdiri atas 7 macam:

1. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)

Alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak. Pemasangan dilakukan dalam 10 menit setelah plasenta lahir (pada persalinan normal). Pada persalinan caesar, dipasang pada waktu operasi Caesar.



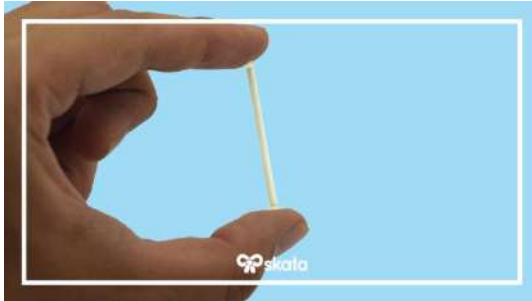
Cara kerja dari AKDR yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii karena adanya ion

tembaga yang dikeluarkan AKDR dengan cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa. AKDR memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus karena terjadinya pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastoksis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastoksis. Efektivitas tinggi, 99,2 – 99,4% (0,6 – 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama). Telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan. Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi.

2. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun, metode ini dikembangkan oleh the Population Council, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan metode kontrasepsi. Implant merupakan alat kontrasepsi yang dipasang di bawah kulit lengan atas yang berbentuk kapsul silastik yang lentur dimana di dalam setiap kapsul berisi hormon levonorgestrel yang dapat mencegah terjadinya kehamilan. Kontrasepsi implant ini memiliki cara kerja menghambat terjadinya ovulasi, menyebabkan selaput lendir endometrium tidak siap dalam menerima pembuahan

(nidasi), mengentalkan lendir dan menipiskan lapisan endometrium dengan efektivitas keberhasilan kontrasepsi implant sebesar 97-99%



kontrasepsi implant ini dapat bekerja efektif selama 5 tahun untuk jenis norplan dan 3 tahun untuk jenis jadana, indoplan, dan implanton. Kontrasepsi implant ini dapat digunakan oleh semua ibu dalam usia reproduksi serta tidak mempengaruhi masa laktasi, pencabutan serta pemasangan implant perlu pelatihan, kemudian setelah dilakukan pencabutan implant maka kesuburan dapat segera kembali, kontrasepsi implant memiliki efek samping utama terjadinya perdarahan bercak dan amenorhea.

Cara kerja dan efektifitas implant adalah mengentalkan lendir serviks yang dapat mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi, serta efektif dalam

mencegah kehamilan yaitu dengan kegagalan 0,3 per 100 tahun.

Kontrasepsi implant memiliki keuntungan adalah memiliki daya guna yang tinggi, perlindungan dalam jangka waktu yang panjang, pengembalian kesuburan yang cepat setelah dilakukan pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh esterogen, tidak mengganggu dalam kegiatan senggama, tidak mengganggu produksi ASI, klien hanya perlu kembali untuk kontrol bila terdapat keluhan selama pemakaian kontrasepsi, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. Pemakaian kontrasepsi implant ini juga memiliki keuntungan non kontrasepsi diantaranya adalah mengurangi rasa nyeri, mengurangi jumlah darah haid, mengurangi atau memperbaiki anemia, melindungi dari terjadinya kanker endometrium, menurunkan angka kejadian kanker jinak payudara, melindungi diri dari beberapa penyebab radang panggul, menurunkan angka kejadian endometritis.

waktu dalam pemakaian alat kontrasepsi implant dapat dimulai dalam keadaan dimana ketika mulai siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7, tidak memerlukan alat kontrasepsi tambahan. Ketika klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat dengan syarat tidak memungkinkan hamil atau tidak sedang hamil, disarankan untuk tidak melakukan

hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsi lain sampai 7 hari pasca pemakaian kontrasepsi. Inseri dapat dilakukan bila diyakini klien tidak sedang hamil atau diduga hamil. Bila diinsersi setelah hari ke-7 dalam siklus haid maka klien tidak dapat melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrasepsi tambahan sampai 7 hari pasca pemasangan implant.

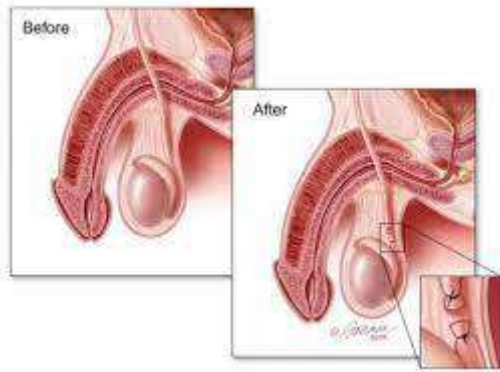
Bila klien menyusui selama 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinannya, maka inseri dilakukan setiap saat, bila klien menyusui penuh dan tidak perlu adanya kontrasepsi tambahan. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan terjadinya haid kembali, inseri dapat dilakukan setiap saat tetapi klien tidak boleh melakukan hubungan seksual atau menggunakan alat kontrasepsi tambahan sampai 7 hari pasca inseri. Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi implant, maka inseri dapat dilakukan setiap saat, bilamana diyakini klien tersebut tidak dalam keadaan hamil atau diduga hamil atau klien menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya dengan benar.

Bila kontrasepsi yang digunakan ibu sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, maka kontrasepsi implant dapat diberikan saat jadwal disuntik ulang tersebut dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan. Bila kontrasepsi sebelumnya adalah IUD maka klien yang ingin mengganti alat

kontrasepsinya menjadi implant maka dapat dilakukan insersi pada hari ke-7 dengan syarat tidak boleh melakukan hubungan seksual atau menggunakan alat kontrasepsi tambahan lainnya selama 7 hari, dan IUD segera dicabut. Bagi klien pasca keguguran, maka insersi dalam dilakukan kapan saja.

3. Metode Operasi Pria (MOP)/Vasektomi

Vasektomi adalah istilah dalam ilmu bedah yang terbentuk dari dua kata yaitu vas dan ektomi. Vasektomi adalah pemotongan sebagian (0,5cm-1cm) pada vasa deferensia atau tindakan operasi ringan dengan cara mengikat dan memotong vas deferens sehingga sperma tidak dapat lewat dan air mani tidak mengandung spermatozoa, sehingga tidak terjadi pembuahan, operasi berlangsung kurang lebih 15 menit dan pasien tak perlu dirawat. Sperma yang sudah dibentuk tidak akan dikeluarkan oleh tubuh, tetapi diserap dan dihancurkan oleh tubuh.



Keuntungan menggunakan metode KB Metode Operasi Pria (MOP) atau vasektomi yaitu lebih efektif, aman bagi pengguna, sederhana, waktu operasi cepat hanya memerlukan waktu 5-10 menit, menggunakan anestesi lokal, biaya rendah hingga gratis, secara budaya sangat dianjurkan untuk negara yang penduduk wanitanya malu ditangani tenaga medis pria.

Keuntungan lainnya yaitu komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan, baik dilakukan oleh laki-laki yang tidak ingin punya anak dan tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual. Penelitian yang telah dilakukan Fitri, Wantouw, dan Lydia (2013) tentang pengaruh vasektomi terhadap fungsi seksual pria di Kota Manado pada 67 pria yang menggunakan vasektomi dikatakan bahwa kontrasepsi vasektomi tidak berpengaruh pada fungsi seksual pria, namun diakibatkan karena memiliki penyakit penyerta, merokok dan mengkonsumsi alkohol

dengan jangka waktu panjang serta dalam volume berlebihan, pengguna narkoba, dan yang memiliki tingkat stres berlebihan.

Kerugian kontrasepsi mantap pria yaitu diperlukan suatu tindakan operatif, kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti rasa nyeri dan tidak nyaman, bengkak, perdarahan atau infeksi dan tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi menular seksual dan HIV. Kontrasepsi mantap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa yang sudah ada di dalam system reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens dikeluarkan, sehingga pasien diminta untuk memakai kondom terlebih dahulu untuk membersihkan tabung dari sisa sperma yang ada. Mengetahui yang steril atau tidak, pemeriksaan mikroskopis biasanya dilakukan 16 minggu setelah operasi dengan 24 kali ejakulasi

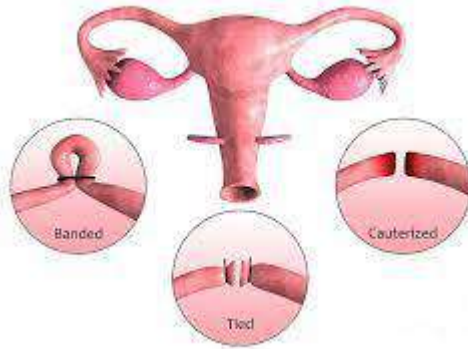
Efek samping pada pengguna vasektomi tidak memiliki efek yang bersifat merugikan, sperma yang diproduksi akan kembali diserap tubuh tanpa menyebabkan gangguan metabolisme, rasa nyeri atau ketidaknyamanan akibat pembedahan yang biasanya hanya berlangsung beberapa hari, infeksi akibat perawat bekas operasi yang tidak bagus atau disebabkan karena dari lingkungan luar bukan dari vasektomi

dan vasektomi tidak berpengaruh terhadap kemampuan laki-laki untuk melakukan hubungan seksual.

syarat untuk melakukan vasektomi antara lain: a. Syarat sukarela yaitu klien benar-benar bersedia memakai kontrasepsi mantap secara sukarela, tidak ada paksaan dan klien telah mengetahui semua yang berhubungan dengan kontrasepsi mantap. b. Syarat bahagia yaitu perkawinan sah dan harmonis, memiliki anak hidup dua orang, umur anak terkecil > 2 tahun, keadaan fisik dan mental anak sehat, mendapat persetujuan istri dan umur istri 25-45 c. Syarat sehat yaitu dilakukan melalui pemeriksaan pra-bedah oleh dokter.

4. Metode Operasi Wanita (MOW)/Tubektomi

MOW (Medis Operatif Wanita) / MOW atau juga dapat disebut dengan sterilisasi. MOW merupakan tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati saluran telur, dengan demikian sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma laki laki sehingga tidak terjadi kehamilan, oleh karena itu gairah seks wanita tidak akan turun.



Kontrasepsi mantap wanita (kontap wanita) adalah cara kontrasepsi untuk tujuan mencegah terjadinya kehamilan pada seorang wanita dari suatu pasangan usia subur (PUS) atas dasar alasan jumlah anaknya telah cukup dan tidak ingin menambah anak lagi, dengan cara penutupan kedua saluran telur melalui cara MOW atau mekanik dengan pemasangan cincin atau klip, melalui suatu tindakan pembedahan minilaparotomi atau laparaskopi.

MOW adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas atau kesuburan perempuan dengan mengokulasi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum jadi dasar dari MOW ini adalah mengokulasi tubafallopi sehingga spermatozoa dan ovum tidak dapat bertemu

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas atau kesuburan perempuan dengan mengokulasi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum jadi dasar dari MOW ini adalah mengokulasi tubafallopi sehingga spermatozoa dan ovum tidak dapat bertemu.

Keuntungan MOW antara lain penyakit dan keluhan lebih sedikit bila dibandingkan dengan metode kontrasepsi lainnya, pada umumnya tidak menimbulkan efek negatif terhadap kehidupan seksual, lebih ekonomis jikadibandingkan dengan alat kontrasepsi lain karena merupakan tindakan sekali saja, permanen, pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal, tidak ada efek samping dalam jangka panjang.

Kerugian MOW antara lain harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali) kecuali dengan operasi Rekanalisasi, klien dapat menyesal dikemudian hari, resiko komplikasi kecil(meningkat apabila digunakan anastesi umum), rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan, dilakukan oleh dokter terlatih

Komperensi Khusus Perkumpulan untuk Sterilisasi Sukarela Indonesia tahun 1976 di Medan menganjurkan agar

tubektomi dilakukan pada umur 25 – 40 tahun, dengan jumlah anak sebagai berikut: umur istri antara 25 – 30 tahun dengan 3 anak atau lebih, umur istri antara 30 – 35 tahun dengan 2 anak atau lebih, dan umur istri 35 – 40 tahun dengan satu anak atau lebih sedangkan umur suami sekurang-kurangnya berumur 30 tahun, kecuali apabila jumlah anaknya telah melebihi jumlah yang diinginkan oleh pasangan tersebut.

5. Suntik



Kontrasepsi suntik merupakan alat kontrasepsi berupa cairan yang disuntikan ke dalam tubuh wanita secara periodik dan mengandung hormonal, kemudian masuk ke dalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan.

Lama penggunaan KB suntik merupakan rentang waktu dari pertama kali akseptor menggunakan KB suntik sampai dengan waktu tertentu yang ditetapkan. Dari berbagai penelitian lama penggunaan KB suntik dihubungkan dengan adanya kejadian kanker payudara.

Penelitian dari Atania Rachma Anindita dan Sri Mulya tahun 2015 menunjukkan bahwa ada hubungan antara lama penggunaan KB suntik dengan kejadian kanker payudara, dimana akseptor KB yang telah menggunakan kontrasepsi suntik ≥ 5 tahun memiliki risiko 2,44 kali lebih besar mengalami kanker payudara daripada yang tidak menggunakan kontrasepsi suntik.²³ Penelitian lain oleh D. Cibula dan kawan-kawan pada tahun 2010 menyatakan bahwa menggunakan kontrasepsi suntik lebih dari 5 tahun dapat meningkatkan risiko kanker payudara dibanding dengan yang tidak pernah menggunakan kontrasepsi suntik.

Apabila seseorang berhenti menggunakan kontrasepsi suntik selama 5 tahun maka sama seperti orang yang tidak pernah menggunakan kontrasepsi suntik sehingga tidak memiliki risiko untuk terjadinya kanker payudara.¹⁴ Hasil penelitian dari Gusti Ayu dan Lucia Yovita tahun 2013 menyatakan bahwa perempuan yang menggunakan kontrasepsi suntik selama ≥ 5 tahun berisiko terkena kanker payudara 3,266 kali lebih besar dibandingkan dengan perempuan yang menggunakan kontrasepsi suntik selama < 5 tahun, Hasil penelitian diatas memperkuat teori bahwa risiko mutasi sel saat pembelahan meningkat karena proliferasi sel oleh peningkatan estrogen dan progesteron juga meningkat,

dan juga teori bahwa estrogen dan progesteron merangsang pertumbuhan sel-sel punca kanker payudara.

Tersedia dua jenis kontrasepsi suntik kombinasi yang berisi kombinasi antara progestin dan estrogen yaitu, 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan estradiol sipionat (Cyclofem) disuntikkan IM dalam sebulan sekali dan 50 mg noretindron anantat dan 5 mg estradiol disuntikkan IM dalam sebulan sekali.

Pada suntikan kombinasi untuk mencegah kehamilan cara kerja yang dilakukan hormon yang disuntikkan ke dalam tubuh adalah dengan menekan ovulasi; membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu; atrofi endometrium sehingga implantasi terganggu; dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Kelebihan yang didapatkan oleh akseptor KB suntik kombinasi adalah risiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan pil kontrasepsi, dan mengurangi kejadian amenorea.

Keterbatasan yang mungkin dapat dialami oleh akseptor KB suntik kombinasi yaitu terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, spotting, atau perdarahan selama lebih dari 10 hari; mual, sakit kepala, nyeri payudara, namun keluhan ini akan hilang setelah suntikan kedua atau

ketiga; ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, karena setiap 28 hari sekali klien harus datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan suntikan; penambahan berat badan; dan kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

Suntikan kombinasi dapat digunakan oleh WUS umur reproduksi sehat (20-35 tahun), tidak menyusui, sering lupa minum pil kontrasepsi, dan mengalami nyeri haid hebat. Kriteria yang tidak diperbolehkan untuk menggunakan suntikan kombinasi adalah WUS yang hamil atau dicurigai hamil, menyusui, umur lebih dari 35 tahun dan merokok, perdarahan yang belum jelas penyebabnya, mempunyai riwayat stroke dan hipertensi, mempunyai kelainan pada pembuluh darah yang menyebabkan migraine, dan WUS dengan kanker payudara.

6. Pil

Pil KB merupakan metode kontrasepsi bentuk tablet yang mengandung hormon estrogen dan progesteron, atau hanya progesteron saja. Tergantung jenisnya, metode kontrasepsi dengan pil KB, terdiri dari 21-35 tablet yang diminum dalam 1 siklus dan berkelanjutan. Dalam 1 siklus terdapat pil yang mengandung hormon (pil aktif) dan pil yang tidak mengandung hormon (pil inaktif). Oleh karena itu, penting untuk minum pil sesuai dengan anjuran. Khusus untuk

pil KB yang hanya mengandung progesteron, seluruh pil di dalam 1 siklus, seluruhnya merupakan pil yang aktif. Pil KB yang hanya mengandung progesteron ini juga dapat mengakibatkan seorang wanita tidak mendapatkan menstruasi.



Merupakan alat kontrasepsi hormonal berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon esterogen dan atau progesteron.

Pil KB Progestin Merupakan Pil KB yang hanya mengandung progesteron atau sering disebut dengan pil menyusui. Diminum satu kali sehari. Cara kerja pil ini dengan menghambat ovulasi untuk mencegah lepasnya sel telur wanita dari indung telur, mengentalkan lendir mulut rahim sehingga sperma sukar untuk masuk kedalam rahim, dan menipiskan lapisan endometrium. Efektivitas dari pil KB ini bisa mencapai 92-99% dengan syarat diminum setiap hari pada saat yang sama, tidak boleh lupa minum tiap harinya,

dan senggama dilakukan 3-20 jam setelah minum pil. Pil ini tidak mengganggu produksi ASI, kesuburan cepat kembali, tidak mempengaruhi menstruasi, dan dapat dihentikan setiap saat. Pil KB progestin memiliki efek hormonal seperti mempengaruhi nafsu makan. Kelemahan dari pil ini adalah tidak melindungi dari IMS dan sedikit ribet. Sedangkan Pil Kombinasi Merupakan Pil KB yang mengandung esterogen dan progesteron. Cara kerjanya sama dengan pil KB progestin. Perbedaannya adalah pil kombinasi mempengaruhi produksi ASI sehingga tidak disarankan untuk ibu menyusui.

Obat golongan ini tidak boleh dikonsumsi oleh wanita hamil atau kemungkinan dalam keadaan hamil. Jika seorang wanita ingin mengonsumsi pil KB, maka harus berkonsultasi dengan dokter terlebih dahulu untuk memastikan bahwa dirinya tidak sedang hamil. Ibu menyusui juga sebaiknya tidak menggunakan pil KB sebagai alat kontrasepsi. Dokter akan merekomendasikan metode kontrasepsi lainnya, seperti spiral (IUD), KB implan (susuk), atau KB suntik. Tidak semua wanita cocok untuk menggunakan pil KB sebagai alat kontrasepsi. Beberapa pertimbangan yang akan diperhatikan dokter sebelum mengizinkan wanita mengonsumsi pil KB. Pil KB tidak dapat melindungi dari infeksi menular seksual, sehingga dianjurkan untuk menggunakan kondom saat berhubungan seksual, bila berisiko tertular infeksi menular

seksual. Wanita berusia di atas 35 tahun atau memiliki kebiasaan merokok lebih berisiko mengalami penyakit jantung, bila menggunakan pil KB sebagai alat kontrasepsi.

Pil KB merupakan metode kontrasepsi yang sangat aman dan umumnya tidak menimbulkan efek samping yang serius. Beberapa efek samping yang dapat muncul saat mengonsumsi pil KB, yaitu: mual, pengerasan payudara, terjadi perdarahan di antara dua siklus menstruasi (metrorrhagia), turunnya gairah seksual, perubahan mood dan emosi peningkatan berat badan, karena itu pil KB sering dianggap sebagai KB yang bikin gemuk, asam lambung naik

Pil KB juga dapat menimbulkan efek samping yang lebih serius, meskipun sangat jarang terjadi. Efek samping yang lebih serius biasanya muncul jika pengguna pil KB memiliki faktor risiko lain, misalnya merokok. Jika muncul efek samping serius seperti berikut ini, segera hubungi dokter: gangguan penglihatan, pembengkakan dan nyeri pada tungkai, terbentuknya gumpalan darah, sakit kepala hebat, nyeri perut hebat, nyeri dada serangan jantung stroke

7. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang tipis yang terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produk hewani) berwarna

atau tidak berwarna yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermicide) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual. Modifikasi tersebut dilakukan dalam hal: bentuk, warna, pelumas, rasa, ketebalan, dan bahan.



Kondom merupakan metode yang tidak asing lagi bagi sebagian orang. Alat kontrasepsi ini merupakan salah satu yang paling populer karena penggunaannya yang praktis, mudah didapatkan, dan juga satu-satunya alat kontrasepsi yang memiliki fungsi perlindungan ganda. Tidak hanya mencegah kehamilan, namun juga mencegah Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV-AIDS.

Kondom hadir dengan berbagai fitur dan aroma yang juga dilengkapi dengan pelumas/lubrikan. Hal terbaik dari kondom adalah alat kontrasepsi ini dapat melindungimu dari Infeksi Menular Seksual, termasuk HIV-AIDS. Beberapa kondom bahkan dilengkapi fitur seperti climax delay lubricant

yang dapat membuat hubungan seksual lebih lama. Kondom merupakan alat kontrasepsi yang terjangkau dan mudah ditemukan dimana-mana. Selain itu ada berbagai fitur unik yang bisa ditemukan dalam berbagai kondom yang beredar di pasaran saat ini untuk meningkatkan kualitas dalam hubungan.

Keuntungan menggunakan kondom, yaitu 1. Mencegah kehamilan 2. Memberi perlindungan terhadap penyakit-penyakit akibat hubungan seks (PHS). 3. Dapat diandalkan 4. Relatif murah 5. Sederhana, ringan, disposable 6. Tidak memerlukan pemeriksaan medis, supervise atau follow-up. 7. Reversibel 8. Pria ikut secara aktif dalam program KB.

Menurut Hartanto (2010), kerugian menggunakan kondom, yaitu 1. Angka kegagalan relatif tinggi 2. Perlu menghentikan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna memasang kondom 3. Perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap senggama.

Keuntungan-keuntungan kontraseptif tersebut akan diperoleh kalau kondom dipakai secara benar dan konsisten pada setiap senggama, karena umumnya kegagalan yang timbul disebabkan pemakaian yang tidak benar, tidak konsisten, tidak teratur atau tidak hati-hati.

Sebab utama dari tidak efektifnya kondom adalah penggunaan yang tidak konsisten, dan ini disebabkan antara

lain : 1. Berkurangnya sensitivitas pria, dan juga wanita, selama senggama. 2. Ketidaknyamanan metode ini (“merepotkan”). 3. Bayangan/reputasi yang kurang baik mengenai kondom (dihubungkan dengan pelacuran, penyakit kelamin). 4. Adanya anggapan yang salah perihal efektivitas dan efek samping

BAB 3

KAMPUNG KELUARGA BERENCANA

A. PENGERTIAN KAMPUNG KB

Menurut BKKBN dalam buku Pembentukan dan Pengembangan Kampung KB Provinsi Kaltim (2016), program Kampung Keluarga Berencana atau yang lebih dikenal dengan program Kampung KB merupakan salah satu contoh dalam pelaksanaan program Kependudukan Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) dengan melibatkan seluruh Bidang yang ada di lingkungan BKKBN dan bekerja sama dengan instansi terkait dengan kebutuhan dan kondisi wilayah setempat, serta dilaksanakan ditingkat pemerintah terendah (RW/RT).

Kampung KB adalah satuan wilayah setingkat RW, dusun atau setara, yang memiliki kriteria tertentu, dimana terdapat keterpaduan program kependudukan, keluarga berencana, pembangunan keluarga dan pembangunan sektor terkait yang dilaksanakan secara sistemik dan sistematis. Kampung KB merupakan salah satu model pelaksanaan total

program KKBPK serta merupakan program strategis dalam upaya percepatan agenda program pembangunan khususnya pada daerah pinggiran.

Kampung KB dibentuk sebagai salah satu upaya penguatan program KKBPK yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat dalam memberdayakan dan memberikan kemudahan bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan total program KB sehingga dapat mewujudkan keluarga yang berkualitas. Kampung KB direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi oleh dan untuk masyarakat. Pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga non pemerintah dan swasta berperan dalam fasilitasi, pendampingan dan pembinaan.

B. TUJUAN KAMPUNG KB



yaitu:

Menurut BKKBN dalam Buku Pembentukan dan Pengembangan Kampung KB Provinsi Kalimantan Timur (2016), terdapat dua tujuan pada program Kampung KB

1. Tujuan umum:
 - a. Untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat di tingkat kampung atau setara melalui program kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga serta pembangunan sektor terkait dalam rangka mewujudkan keluarga kecil berkualitas.
2. Tujuan khusus:
 - a. Meningkatkan peran pemerintah, lembaga non pemerintah dan swasta untuk menyelenggarakan program kependudukan.
 - b. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pembangunan berwawasan kependudukan.
 - c. Meningkatkan peserta KB aktif modern;
 - d. Meningkatkan Ketahanan keluarga melalui Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL) serta Pusat Informasi dan Konseling (PIK) Remaja;
 - e. Meningkatkan pemberdayaan keluarga (kelompok UPPKS);
 - f. Meningkatkan drajat kesehatan masyarakat;
 - g. Menurunkan angka Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT);
 - h. Meningkatkan sarana dan prasarana pembangunan kampung;

- i. Meningkatkan lingkungan kampung yang bersih dan sehat;
- j. Meningkatkan kualitas sekolah penduduk usia sekolah;
- k. Meningkatkan rasa kebangsaan dan cinta tanah air pada masyarakat.

C. SYARAT PEMPENTUKAN KAMPUNG KB

Menurut BKKBN dalam Buku Pembentukan dan Pengembangan Kampung KB Provinsi Kalimantan Timur (2016), proses pembentukan suatu wilayah akan dijadikan sebagai lokasi Kampung KB perlu memperhatikan prasyarat wajib yang harus dipenuhi, yaitu:

1. Tersedianya data kependudukan yang akurat. Data ini bersumber dari hasil Pendataan Keluarga, data Potensi Desa dan data Catatan Sipil yang akan digunakan sebagai dasar penetapan prioritas, sasaran dan program yang akan dilaksanakan disuatu wilayah Kampung KB secara berkesinambungan.
2. Dukungan dan komitmen Pemerintah Daerah. Dukungan dan komitmen yang dimaksud adalah dukungan, komitmen dan peran aktif seluruh instansi/unit kerja pemerintah khususnya Pemerintah Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan dalam memberikan dukungan pelaksanaan program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di Kampung KB dan memberikan

pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan bidang instansi masing-masing untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat.

3. Partisipasi aktif masyarakat, partisipasi aktif masyarakat yang dimaksudkan adalah partisipasi dalam pengelolaan dan pelaksanaan seluruh kegiatan yang akan dilakukan di Kampung KB secara berkesinambungan guna meningkatkan taraf hidup seluruh masyarakat.

D. KRITERIA PEMILIHAN WILAYAH KAMPUNG KB

Menurut BKKBN dalam Buku Pembentukan dan Pengembangan Kampung KB Provinsi Kalimantan Timur (2016), dalam memilih atau menentukan wilayah yang akan dijadikan lokasi Kampung KB ada tiga kriteria yang dipakai, yakni kriteria utama, kriteria wilayah dan kriteria khusus, yaitu:

1. Kriteria Utama
 - a. Jumlah Keluarga Pra Sejahtera dan KS 1 (miskin) di atas rata-rata Pra Sejahtera dan KS 1 tingkat desa/kelurahan di mana kampung tersebut berada.
 - b. Jumlah peserta KB di bawah rata-rata pencapaian peserta KB tingkat desa/kelurahan dimana kampung tersebut berlokasi.

2. Kriteria Wilayah dalam pembentukan Kampung KB mencakup 10 kategori wilayah (dipilih salah satu), yaitu:
 - a. Kumuh;
 - b. Pesisir atau Nelayan;
 - c. Daerah Aliran Sungai (DAS);
 - d. Bantaran Kereta Api;
 - e. Kawasan Miskin (termasuk Miskin Perkotaan);
 - f. Terpencil;
 - g. Perbatasan;
 - h. Kawasan Industri;
 - i. Kawasan Wisata;
 - j. Padat Penduduk;
3. Kriteria Khusus
 - a. Kriteria data, dimana setiap RT/RW memiliki Data dan Peta Keluarga yang bersumber dari hasil Pendataan Keluarga, data Kependudukan dan atau pencacatan sipil yang akurat.
 - b. Kriteria kependudukan, dimana angka partisipasi penduduk usia sekolah rendah
 - c. Kriteria program Keluarga Berencana, dimana peserta KB Aktif dan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) lebih rendah dari capaian rata-rata tingkat desa atau kelurahan.

BAB 4

EVALUASI PROGRAM KKBPK

A. EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

Evaluasi atau kegiatan penilaian adalah merupakan bagian integral dari fungsi manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi dilaksanakan karena adanya dorongan atau keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan penyelenggaraan program terhadap tujuan yang telah ditetapkan. Menurut WHO (2003), Monitoring dan evaluasi memungkinkan pengelola program menilai keefektifan inisiatif pengendalian dan harus dilakukan secara terus menerus. Tujuan khusus evaluasi program adalah mengukur pencapaian dan kemajuan program, mendeteksi dan memecahkan masalah, menilai keefektifan dan efisiensi program, mengarahkan alokasi sumber daya program dan mengumpulkan informasi yang dibutuhkan untuk merivisi kebijakan.

Sebagai salah satu bentuk evaluasi program harus dilihat dari faktor-faktor input, proses dan output dimana ketiganya saling berkaitan. Dengan demikian faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan program yaitu:

- a. Input, meliputi sumber tenaga, biaya penyelenggaraan pelayanan, kebijakan dan pedoman pelaksanaan kegiatan serta bahan/alat untuk pengumpulan dan pengolahan data.
- b. Proses, meliputi perencanaan program dalam tahun, bulan yang mencakup penentuan target/sasaran, anggaran dan penanggung jawab kegiatan, penggerakan pelaksanaan program dan pengawasan atau penilaian program.
- c. Output, cakupan atau hasil-hasil dari suatu kegiatan program.

Pendekatan analisis sistem yang digunakan Donabedian, bahwa ketiga dimensi itu berhubungan secara linear dan positif. Input yang baik memungkinkan proses baik, proses yang baik memungkinkan output yang baik, dan output yang baik akan membawa dampak terhadap outcome yang baik. Dengan cara lain input yang baik menjadi dasar bagi kegiatan yang bermutu, proses yang baik menjadi dasar bagi output yang bermutu, dengan mutu output menjadi dasar bagi dampak yang diharapkan pada sasaran.

B. INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT

Survey kepuasan biasanya dilakukan pada lembaga-lembaga yang melakukan pelayanan bagi masyarakat.

Termasuk dalam hal ini BKKBN sebagai salah satu instansi yang unitnya melaksanakan pelayanan publik bagi calon akseptor yang ber-KB dan pelayanan informasi tentang KB, maka berlaku juga aspek penilaian dimensi kepuasan sebagai konsukuensi lembaga yang melakukan pelayanan.

Kepuasan merupakan respon pelanggan terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Hal tersebut merupakan penilaian pelanggan terhadap produk dan pelayanan, yang merupakan cerminan tingkat kenikmatan yang didapatkan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dan harapan, termasuk di dalamnya tingkat pemenuhan yang kurang, atau tingkat pemenuhan yang melebihi kebutuhan dan harapan. (Hazfiarini, Indeks Kepuasan Pasien BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Mata Jawa Timur, 2016:79).

Tingkat kepuasan pelanggan akan berdampak pada pendapatan lembaga di mana masyarakat memiliki pilihan kemana mereka hendak mendapatkan produk, program dan pelayanan (Limakrisna dan Hary Susilo, 2012:99). Pelanggan yang memiliki nilai puas dan sangat puas akan tetap bertahan lebih lama, kembali untuk membeli lebih banyak ketika perusahaan memperkenalkan produk baru dan memperbaiki produk-produk yang ada, membicarakan hal-hal yang baik tentang perusahaan dan produknya, kurang peka terhadap

harga dan memberikan perhatian lebih sedikit terhadap merek dan iklan, menawarkan gagasan tentang jasa atau produk kepada perusahaan, dan membutuhkan biaya pelayanan yang lebih kecil dibandingkan biaya pelayanan baru karena transaksinya rutin.

Menurut Parasuraman, et al., 1990, ada 5 (lima) dimensi kualitas pelayanan untuk mengukur indeks kepuasan masyarakat terhadap layanan yang diberikan. Kelima dimensi tersebut antara lain:

1. Bukti langsung (tangible) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.
2. Keandalan (reliability) yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
3. Daya tanggap (responsiveness) yaitu keinginan para staf dan karyawan untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (assurance) mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keraguan
5. Empati (emphaty) meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Pada prinsipnya kepuasan pelanggan dapat diukur dengan berbagai macam metode, namun pada penelitian kali ini akan dibahas mengenai metode skala likert, maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel dan indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrumen yang dapat berupa pertanyaan ataupun pernyataan. Pada penelitian ini, jawaban yang diberikan dari responden pada setiap item instrumen dalam kuesioner dibedakan dalam tiga kategori dengan nilai skor 1-3, yaitu 1. Tidak Puas (TP), 2. Puas (P) dan 3. Sangat Puas (SP).

$$CI = \text{Range}/C$$

Keterangan: CI = Class Interval (Interval kelas)

Range = Skor tertinggi - Skor terendah

C = Jumlah kelas

Skor tertinggi: Jumlah Sub Indikator x Jumlah Responden x Nilai Tertinggi

Skor terendah: Jumlah Sub Indikator x Jumlah Responden x Nilai Terendah

Setelah melalui proses perhitungan maka setiap pertanyaan kuesioner dikelompokkan berdasarkan 5 pendekatan yaitu bukti langsung, keandalan, daya tanggap, jaminan dan empati. Masing-masing pendekatan tersebut diolah dengan cara dihitung menggunakan rumu di atas lalu

dibandingkan menggunakan kelas interval maka akan terlihat skor masing-masing pendekatan tersebut akan masuk kedalam kelas kategori yang mana dan akan dapat disimpulkan dengan membandingkan antara 5 pendekatan tersebut mana yang lebih besar skornya dan dominan untuk mempengaruhi jawaban responden.

C. UPAYA OPTIMALISASI PROGRAM KKBPK

Adapun upaya yang dilakukan dalam rangka optimalisasi program KKBPK tersebut adalah dengan memberdayakan kader IMP (PPKBD, Sub PPKBD dan Kelompok KB-KS untuk mengurangi beban Penyuluh KB yang jumlahnya makin terbatas. Kemudian juga menggerakkan Tim MUPEN KB untuk melakukan Advokasi dan KIE pada masyarakat luas tentang KB Mandiri. Juga menggiatkan kader kelompok Bina Keluarga Sejahtera (BKS) yang terdiri dari kelompok Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR) dan Bina Keluarga Lansia (BKL) maupun UPPKS untuk mensukseskan program KKBPK di lingkungan kegiatannya. Serta meningkatkan pengetahuan para motivator KB maupun kader KB lainnya tentang program KKBPK melalui kegiatan orientasi dan pemberian Buku Pegangan Program KKBPK yang digunakan sebagai panduan penyuluhan kepada masyarakat luas. Dengan

meningkatnya pengetahuan dan wawasan para motivator KB maupun kader KB lainnya tentang Program KKBPK diharapkan para motivator KB sebagai penggerak dalam program KKBPK di wilayahnya.

Upaya optimalisasi program KKBPK akan lebih efektif apabila pihak pemerintah desa juga menganggarkan kegiatan melalui anggaran desa. Program KKBPK yang diharapkan dapat dilakukan secara mandiri oleh masyarakat dengan peran tokoh formal dan tokoh non formal adalah menyampaikan program 4T yaitu terlalu muda menikah, terlalu sering melahirkan, terlalu tua untuk melahirkan dan terlalu banyak anak. 4T tersebut kalau bisa ditekan maka akan menurunkan angka kelahiran sehingga kualitas keluarga akan meningkat sehingga menjadi keluarga yang sejahtera sesuai dengan amanah UU No. 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Arsyaningsih, N., Subroto dan Suhemi, T. 2015. Analisis faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan konseling KB AKDR oleh bidan di wilayah kerja Puskesmas Wiradesa Kabupaten Pekalongan tahun 2013. *Jurnal Kebidanan*, 3(7). 2–3.
- Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional. 2015. *Rencana Strategis Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2015-2019*. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional. 2019. *Laporan Kinerja Instansi Pemerintahan 2018*. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Bernadus, J. D., Madianung, A. dan Masi, G. 2013. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) bagi akseptor KB di Puskesmas Jailolo. *Jurnal e-NERS*, 1(1). 1–10.
- BKKBN. 2019a. *Peserta KB aktif menurut metode kontrasepsi 2019*. Banjarmasin: BKKBN Provinsi Kalimantan Selatan
- BKKBN. 2019b. *Peserta KB aktif menurut metode kontrasepsi Provinsi Kalimantan Selatan 2019*. Banjarmasin: BKKBN Provinsi Kalimantan Selatan

- Budiarti, I., Nuryani, D. D. dan Hidayat, R. 2017. Determinan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) pada akseptor KB. *Jurnal Kesehatan*, 8(2). 220–224.
- Christiawan, S. dan Purnomo, W. 2017. Faktor Yang Berhubungan dengan Penggunaan IUD di Pusat Pelayanan Keluarga Sejahtera Tahun 2016. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 6(1). 79–87.
- Etnis, B. R., Hastono, S. P. dan Widodo, S. 2018. Faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi IUD pada wanita usia subur (WUS) di Desa Tanjungtani Kecamatan Prambon Kabupaten Nganjuk 2016. *Global Health Science*, 3(1). 103–114.
- Gobel, F. 2019. Pengaruh pemberian konseling dengan alat bantu pengambilan keputusan terhadap pemilihan alat kontrasepsi pada ibu pasca salin Di RSTN Boalemo. *Jurnal Ilmiah Media Publikasi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi*, 8(1). 45–53.
- Kartikawati, D., Pujiastuti, W. dan Rofiah, S. 2020. Efektivitas pendidikan kesehatan dengan media video untuk meningkatkan sikap dan niat penggunaan AKDR. *Midwifery Care Journal*, 3(1). 1–11.
- Katini, Ketaren, O. dan Tarigan, F. L. 2018. Faktor - faktor yang berhubungan dengan penggunaan alat

kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD) di wilayah kerja Puskesmas Tanah Tinggi Kota Binjai tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Bukit Barisan*, 2(4). 56–70.

Kementerian Kesehatan. 2019. *Profil kementerian kesehatan Indonesia 2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kundre, R. 2018. Hubungan dukungan suami dengan pemilihan jenis kontrasepsi Intra Uterine Device pada wanita usia subur di Puskesmas Makalehi Kecamatan Siau Barat. *Jurnal Keperawatan*, 6(2). 1–7.

Maha, D. M. B. 2018. Determinan yang berpengaruh terhadap pemakaian alat kontrasepsi IUD di Puskesmas Kecamatan Kramat Jati Kota Administrasi Jakarta Timur tahun 2013. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 11(1). 745–754.

Mahmudah, L. T. N. dan Indirawati, F. 2015. Analisis faktor yang berhubungan dengan pemilihan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) pada akseptor KB Wanita di Kecamatan Banyubiru Kabupaten Semarang. *Unnes Journal of Public Health*, 4(3). 76–85.

Marizi, L., Novita, N. dan Setiawati, D. 2019. Efektivitas media audiovisual tentang kontrasepsi Intra Uterine Device terhadap pengetahuan wanita usia subur. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang*,

14(1). 7–12.

- Meilani, M. dan Nurhidayati, S. 2019. Pengaruh pendidikan ibu terhadap pemilihan alat kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD). *Jurnal Riset Kebidanan Indonesia*, 3(2). 82–86.
- Muafiro, A. dan Widyani, B. A. 2015. Faktor predisposisi akseptor KB non AKDR dalam memilih alat kontrasepsi. *Jurnal Keperawatan*, 8(3). 117–123.
- Oktariyanto. 2016. Penyelenggaraan pelayanan keluarga berencana dalam jaminan kesehatan nasional. *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen*, 9(2). 77–88.
- Pitriani, R. 2015. Hubungan pendidikan, pengetahuan dan peran tenaga kesehatan dengan penggunaan kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD) di wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Muara Fajar Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 3(1). 25–28.
- Prasanti, D. 2018). Hambatan komunikasi dalam program Keluarga Berencana(KB) IUD di Bandung. *Jurnal Kesehatan Padjajarran*, 1(1). 55–56.
- Putri, N. P. D., Pradnyaparamitha, D. dan Ani, L. S. 2019. Hubungan karakteristik, tingkat pengetahuan dan sikap Ibu dengan pemilihan alat kontrasepsi pada pasangan usia subur di Kecamatan Sidemen

Kabupaten Karangasem Bali. *E-Jurnal Medika Udayana*, 8(1). 40–48.

Putri, R. P. dan Oktaria, D. 2016. Efektivitas Intra Uterine Devices (IUD) sebagai alat kontrasepsi. *Majority*, 5(4). 138–141.

Rilyani, R., Putri, R. H. dan Lestari, D. 2019. Pengaruh penyuluhan penggunaan IUD dengan pengetahuan ibu dalam menggunakan alat kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD) di Puskesmas Sekincau Lampung Barat tahun 2018. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 13(1). 48–55.

Ritha, A., Wahyuni, R. dan Peggyanita, W. 2016. Pengaruh edukasi terhadap pengetahuan dan minat pemakaian alat kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD). *Jurnal Medika*, 1(1). 1–9.

Sari, Y. N. I., Abidin, U. W. dan Ningsih, S. 2019. Faktor-faktor yang berhubungan dengan minat ibu dalam pemilihan alat kontrasepsi IUD. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1). 47–59.

Simon, M. (2018). Faktor yang mempengaruhi rendahnya penggunaan alat kontrasepsi IUD di wilayah kerja Puskesmas Mandalle Kabupaten Pangkep. *Jurnal ilmiah Kesehatan Diagnosa*, 12(5). 501–504.

Triyanto, L. dan Indriani, D. 2018. Faktor yang mempengaruhi penggunaan jenis metode

kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) pada wanita menikah usia subur di Provinsi Jawa Timur. *The Indonesian Journal of Public Health*, 13(2). 244–255.

RIWAYAT PENULIS



Lenie Marlinae, lahir di Manusup, 12 April 1977. Pendidikan terakhir lulusan Pasca sarjana Kesehatan Masyarakat-UNAIR lulus tahun 2002, dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UNLAM Kalimantan Selatan. Pengalaman penelitian pengabdian di bidang Kesling, Gizi dan AKK. Penelitian bidang kesling terkait pengolahan air bersih di lahan basah, penelitian di bidang Gizi terkait stunting, BBLR dan pembuatan program 1000 Hari Pertama Kehidupan dalam upaya menanggulangi masalah stunting. Penelitian AKK terkait program manajemen rumah tinggal untuk penderita TB dan penderita stunting. Sekarang penulis menjabat sebagai dosen pengajar di program studi S1 Kesehatan Masyarakat dan program studi S2 IKM Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Selain itu penulis juga menjabat sebagai lektor kepala pada Fakultas Kedokteran di Universitas Lambung Mangkurat. Penulis

juga aktif melakukan penelitian di bidang Kesmas melalui hibah penelitian DIKTI, Litbangkes dan aktif dalam kegiatan RISKESDAS. Penulis juga aktif menghasilkan karya publikasi ilmiah di berbagai jurnal internasional dan nasional. Penulis merupakan anggota aktif dari organisasi profesi AIPTKMI Pusat dan IAKMI KalSel, PERMI, Perhimpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia.



Agung Biworo, lahir di Sleman 08 Agustus 1966, Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Bidang Ilmu Kedokteran Umum (1995) dan S2 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Bidang Ilmu

Farmakologi (2000), Penulis aktif sebagai dosen di Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dengan Mata Kuliah yang di ampu Farmakologi Dan Terapi, Dasar-Dasar Kesehatan Kerja, Ergonomi Dan Faal Kerja, Farmakologi Keperawatan. Selain itu, Penulis aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional dan Internasional, penulisan

makalah dan poster, khususnya yang terkait dengan ilmu Pendidikan Dokter.



Syamsul Arifin, Lahir di Daha Utara 18 Februari 1975. Tahun 1993 memulai pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran ULM dan mendapatkan gelar dokter tahun 2000. Tahun 2006 melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana manajemen Pendidikan

ULM dan mendapatkan gelar Magister pendidikan tahun 2008. Pada tahun 2011 oleh Kolegium Dokter Indonesia mendapatkan sertifikasi sebagai Dokter Layanan Primer (DLP). Pada tahun 2018 mendapatkan gelar Doktor ilmu Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Bulan Juli 2020 dikukuhkan sebagai Guru Besar Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran ULM. Pengalaman Pekerjaan pada tahun 2001, menjabat sebagai Kepala Puskesmas Pasungkan. Tahun 2002 menjabat sebagai Kepala Puskesmas Rawat Inap Negara. Sejak tahun 2003 menjadi staff pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. khususnya pada bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat. Tahun 2009-2012 dipercaya sebagai Ketua

Program Studi Ilmu Keperawatan FK ULM., Tahun 2012-2016 dipercaya sebagai Pembantu Dekan II FK ULM. Tahun 2014-2015 dipercaya juga dipercaya sebagai Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FK ULM. Tahun 2018 sampai sekarang dipercaya sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya. Tidak hanya di institusi pendidikan juga aktif di organisasi koalisi Kependudukan Kalimantan Selatan sebagai ketua Seksi Kesehatan sejak 2012.



Husaini, lahir di Tanjung-Tabalong, 16 Juni 1966 dari enam saudara. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Hasanuddin Makassar Bidang Ilmu Kesehatan Lingkungan/Kesehatan kerja

(1995), S2 di Universitas Airlangga Surabaya Bidang Ilmu Kesehatan Kerja (2000), dan S3 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Bidang Ilmu Kesehatan Kerja (2000), dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Provinsi Kalimantan Selatan, juga aktif mengajar di beberapa Perguruan Tinggi Swasta. Dikukuhkan menjadi Guru Besar dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat oleh rektor Universitas Lambung Mangkurat pada tanggal 18 Agustus 2017 di Banjarmasin.



Tien Jubaidah, lahir di banjarbaru 04 November 1975. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (2003), S2 Kesehatan lingkungan Universitas Airlangga (2011), S3 Teknik Lingkungan

Institut Sepuluh Nopember (2019) Penulis aktif sebagai dosen di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Banjarmasin, penulis aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan- kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional dan Internasional, penulisan makalah dan poster, hhususnya yang terkait dengan Kesehatan Lingkungan.



Laily Khairiyati, lahir di Banjarmasin, 25 Maret 1984. Pendidikan terakhir lulusan Pasca sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat- UGM lulus tahun 2012, dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas

Kedokteran ULM Kalimantan Selatan. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM dibawah departemen Kesehatan Lingkungan, juga dipercaya sebagai Sekertari program Studi. Pengalaman penelitian pengabdian di bidang Kesling, Gizi dan AKK. Penelitian bidang kesling terkait pengolahan air bersih di lahan basah, penelitian di bidang Gizi terkait stunting, BBLR dan pembuatan program 1000 Hari Pertama Kehidupan dalam upaya menanggulangi masalah stunting.



Agung Waskito, Lahir di Rantau 12 Agustus 1990. Pada tahun 2008, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Teknik Lingkungan Fakultas Teknik Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Teknik (ST) pada tahun 2013. Pada tahun 2014

melanjutkan pendidikan pada Program Studi Magister Teknik Lingkungan Institut Teknologi Bandung dan mendapatkan gelar Magister Teknik (MT)) pada tahun 2017. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM dibawah departemen Kesehatan Lingkungan, juga dipercaya sebagai Sekertaris Unit Pelaksana Konseling dan Bimbingan Karir, anggota Unit Pelaksana Kemahasiswaan dan Kerjasama, anggota Unit Pelaksana Teknologi Informasi dan Komunikasi serta menjadi anggota Unit Pelaksana Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia (JPKMI) di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM. Selain itu, Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim

penulis jurnal nasional, penulisan makalah dan poster, khususnya yang terkait dengan kesehatan Lingkungan.



Anugrah Nur Rahmat, Lahir di Banjarmasin 8 November 1994.

Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma 3 (D3) di Program Studi Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Banjarmasin dan mendapatkan gelar Ahli Madya

Kesehatan Lingkungan (AMKL) tahun 2014, S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) tahun 2019, dan Melanjutkan S2 di Program Studi Magister Ilmu kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM dibawah departemen Kesehatan Lingkungan, Penulis di percaya sebagai Analis Laboratorium Terpadu Kesehatan Masyarakat, Sekretaris Unit ICT di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Anggota Unit Pelaksana Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia (JPKMI), Anggota Unit Pelaksana

Konseling dan Bimbingan Karir Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat, Penulis juga aktif di organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), serta Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI). Penulis Aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional dan Internasional, penulis makalah dan poster, khususnya yang terkait dengan Kesehatan Lingkungan.



Ratna Setyaningrum, saat ini menjabat sebagai Kepala Departemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin. Penulis menyelesaikan jenjang

pendidikan sarjana pada bidang kesehatan masyarakat dan magister pada ilmu kesehatan kerja. Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan dan keselamatan kerja serta pemberdayaan masyarakat dengan sasaran masyarakat umum, masyarakat pekerja maupun anak sekolah. Penulis merupakan pelatih pada riset nasional seperti Riset

Kesehatan Dasar (Risikesdas) 2018. Saat ini penulis mengampu beberapa mata kuliah di peminatan K3 seperti gizi kerja, ergonomi dan faal kerja, ergonomi dan perancangan kerja, serta dasar-dasar K3.



Noor Ahda Fadillah, Lahir di Martapura 18 April 1988. Pada tahun 2006, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2010. Pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan pada Program Studi Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro Semarang dan mendapatkan gelar *Magister Kesehatan (Epidemiologi)* (M.Kes (Epid)) pada tahun 2014.

Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Anggota Unit Konseling dan Bimbingan Karir Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM, Sekretaris Unit Penjamin Mutu Prodi

serta menjadi Redaktur Pelaksana Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia (JKMI). Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), serta Persatuan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI). Dibidang kegiatan kemahasiswaan, Ia juga berperan sebagai pembina Lomba Karya Tulis Ilmiah mahasiswa PSKM FK ULM. Selain itu, Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional, penulisan makalah dan poster.



Fakhriyah, Lahir di Martapura 13 Juli 1985. Pada tahun 2006 menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Martapura dan melanjutkan pendidikan DIV Bidan Pendidik di STIKes Husada Borneo Banjarbaru lulus pada tahun 2009. Pada Tahun 2010 melanjutkan pendidikan Magister di Universitas Padjadjaran Bandung pada peminatan Kesehatan Reproduksi, lulus pada tahun 2012 dan mendapatkan gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.KM). Pada Tahun 2013-2019 aktif sebagai

tenaga pendidik di Akademi Kebidanan Martapura. Tahun 2019 s.d sekarang bertugas di Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM Departemen KIA-Kespro. Aktif di Organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Kalimantan Selatan. Aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat pada topik kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak dan kesehatan masyarakat.



Dian Rosadi lahir di Pandansari pada tanggal 23 Maret 1988. Menempuh pendidikan Strata satu pada tahun 2006 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan melanjutkan pendidikan Magister

tahun 2011 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan *Field Epidemiology Training Program* (FETP/EL). Bergabung sebagai staf pengajar di Departemen Epidemiologi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam hal penelitian dan pengabdian sering terlibat tentang penyakit menular dan tidak menular, dasar

dan prinsip epidemiologi, surveilans penyakit, metodologi penelitian, manajemen data dan kejadian luar biasa.



Sherly Theana, lahir di Kertak Hanyar, 21 Desember 1996. Pada tahun 2015 memulai pendidikan sarjana pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (PSKM FK ULM) dengan memilih peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) sebagai spesifikasi peminatan, kemudian lulus pada tahun 2021. Selama menyelesaikan masa studi, ia aktif berorganisasi dalam Forum Studi Ilmiah Mahasiswa (FSIM) FK ULM, berprestasi dalam bidang ilmiah seperti usulan PKM Gagasan Tertulis didanai Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi pada 2018 dan menjadi Oral Presentator Pekan Ilmiah Mahasiswa Nasional (PIMNAS) ke-30, Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2017.



Taufik lahir di Rantau Kujang 2 November 1999. Pada tahun 2017. Memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang, memilih peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) sebagai spesifikasi dari jurusan yang diminati. Selain sebagai seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Anggota ICT HIMA KESMAS FK ULM 2018-2019, Koordinator ICT HIMA KESMAS FK ULM periode 2019-2020 serta pernah menjadi Anggota *Medical Football Club* (MFC) FK ULM periode 2019-2020.



Andre Yusufa Febriandy lahir di Sampit, 04 Februari 1999. Pada tahun 2017 memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM), memilih peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) sebagai spesifikasi dari jurusan yang diminati dan lulus pada tahun 2021. Selama menjadi seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Anggota Divisi Pengembangan Sumber Daya Mahasiswa dan Organisasi (PSDMO) HIMA KESMAS FK ULM 2018-2019, Bendahara 2 HIMA KESMAS FK ULM periode 2019-2020 serta pernah menjadi Anggota Kelompok Studi Islam (KSI) Asy-Syifa FK ULM periode 2018-2020.



M Gilmani lahir di Banjarmasin, 22 Oktober 1998. Pada tahun 2017 memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM), memilih peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Selama menjadi seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Anggota Divisi Pengabdian Masyarakat HIMA KESMAS FK ULM 2018-2019, wakil Ketua HIMA KESMAS FK ULM periode 2019-2020.



Winda Saukina Syarifatul

Jannah lahir di Blitar, 19 September 1999. Pada tahun 2017 memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat

(ULM), memilih peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) sebagai spesifikasi dari jurusan yang diminati dan lulus pada tahun 2021. Selama menjadi seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Anggota Divisi Kewirausahaan (KWU) HIMA KESMAS FK ULM 2018-2019, Bendahara 1 HIMA KESMAS FK ULM periode 2019-2020 serta pernah menjadi Anggota Forum Studi Ilmiah Mahasiswa (FSIM) FK ULM periode 2019-2020.



Ammara Ulfa Azizah lahir di

Balikpapan, 10 Juli 2000. Pada tahun 2018, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat

(ULM) hingga sekarang, memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK)

sebagai spesifikasi dari jurusan yang digelutinya. Selain sebagai seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Koordinator Divisi Penelitian & Pengabdian Masyarakat di Himpunan Mahasiswa Kesehatan Masyarakat.



Raudatul Jinan lahir di Kandangan 27 September 2000. Pada tahun 2018 memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang, memilih peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) sebagai spesifikasi dari jurusan yang digelut. Selain sebagai mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Koordinator Divisi Media Information di *Medical International Society* FK ULM periode 2020-2021 dan anggota di Divisi *Information, Communication and Technologies* di Himpunan Mahasiswa PSKM FK ULM periode 2020-2021.