

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Indonesia dewasa ini berada dalam periode pertumbuhan populasi yang kuat dan diharapkan memiliki penghargaan demografis selama 2020-2030. Tentunya fenomena bonus demografi tersebut dapat menjadi smerencanakannya dengan baik, salah satunya laju pertumbuhan penduduk yang membutuhkan penanganan tepat untuk mengontrolnya. Menurut data dari Worldometer (2022), Penduduk Indonesia pada tahun 2022 setara dengan 3,51% dari total penduduk dunia yakni menempati urutan nomor 4 dalam daftar negara (dan dependensi) berdasarkan jumlah penduduk dengan kepadatan penduduk sebesar 151 per Km² (391 jiwa per mil) yang memiliki total lahan seluas 1.811.570 Km² (699.451 mil persegi) terbagi dari 56,4% penduduk adalah perkotaan (154.188.546 jiwa pada tahun 2020). Berikut seperti yang ditunjukkan oleh Tabel 1. 1 dibawah ini,

Tabel 1. 1. Jumlah Penduduk di Dunia Tahun 2022

No	Negara	Jumlah Penduduk (jiwa)
1.	China	1.439.323.776
2.	India	1.380.004.385
3.	Amerika Serikat	331.002.651
4.	Indonesia	273.523.651
5.	Pakistan	220.892.340
7.	Brazil	212.559.417
8.	Nigeria	206.139.589
9.	Bangladesh	164.689.383
10.	Rusia	145.934.462
11.	Meksiko	128.932.753

Sumber: Detikcom, 2022 (diolah peneliti)

Sehingga, keadaan ini perlu diimbangi dengan peningkatan kualitas penduduk, dimana akan memberikan output yang berdampak positif berupa asset yang sedang dibangun. Meningkatkan kualitas hidup atau kualitas penduduk di seluruh dunia termasuk dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) ketiga, 'Sehat dan Sejahtera', yang di dalamnya termasuk Kemitraan Keluarga Berencana Global (*Global Family Planning Partnership*) atau keluarga berencana.

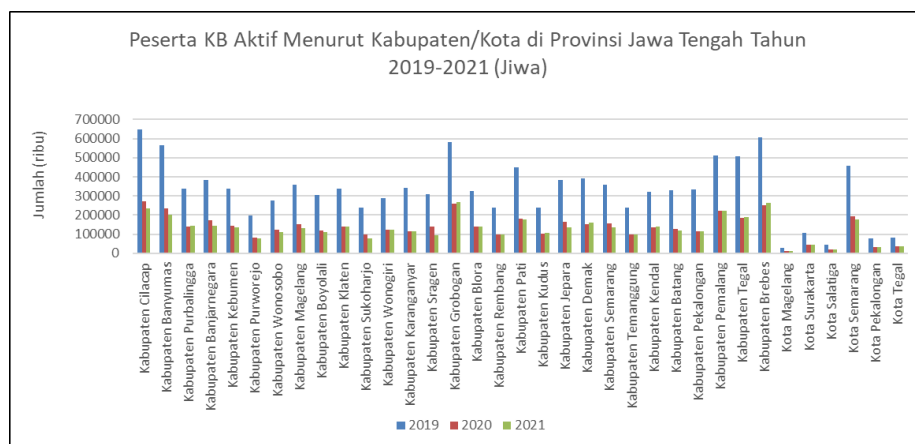
Sejalan dengan hal tersebut di Indonesia telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga. Pendapatan pemerintah harus lebih banyak digunakan untuk program-program peningkatan pelayanan publik (Syukri & Hinaya, 2019:30-31). Program Keluarga Berencana (KB) adalah upaya pemerintah untuk mengendalikan kelahiran anak pada jarak dan umur yang sesuai serta merencanakan dan menyusun kehamilan melalui pemajuan, penjagaan, dan penegakan konflik hak reproduksi untuk membangun keluarga yang bertaraf unggul (Kementerian Kesehatan RI, 2014:2).

Provinsi Jawa Tengah merupakan provinsi dengan total penduduk tertinggi ke-3 (tiga) di Indonesia. Memiliki jumlah warga negara 36.742.501 juta jiwa dengan pemerataan penduduk yang terbagi kedalam 29 Kabupaten dan 6 Kota (BPS, 2021b). Laju pertumbuhan penduduk yang terus meningkat pada tahun 2019-2020 yakni sebesar 0,76; 1,17 dan berhasil turun menjadi 0,83 di tahun 2022 (BPS Jateng, 2022:29). Sensus Penduduk Tahun 2020 Provinsi Jawa Tengah (BPS, 2021a:3) bahwa dalam satu dekade terakhir, antara tahun 2010 dan 2020,

jumlah penduduk Jawa Tengah bertambah sekitar 4,1 juta orang atau rata-rata 400.000 orang per tahun, dan mengalami perubahan pada setiap dekadnya.

Upaya menekan laju pertumbuhan merupakan upaya efektif dalam mengendalikan penduduk Provinsi Jawa Tengah dan juga mendukung penyuksesan Program Keluarga Berencana (*Family Plann Programs*). Komitmen Provinsi Jawa Tengah dalam mengendalikan penduduk melalui penekanan angka kelahiran dapat ditunjukkan pada Gambar 1. 1 dalam upaya meningkatkan minat ber-KB oleh PUS di setiap wilayah Provinsi Jawa Tengah.

Gambar 1. 1. Jumlah Peserta KB Aktif Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah Tahun 2019-2021 (jiwa)



Sumber: (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021)

Kota Semarang menjadi salah satu wilayah yang menyumbang sekitar seperlima penduduk di Jawa Tengah (BPS, 2021a:8) yakni 1.653.524 jiwa di tahun 2020 dan 1.656.564 jiwa di tahun 2021. Selain itu, sebagai ibu kota Provinsi Jawa Tengah yang notabennya adalah masyarakat perkotaan dengan latar pendidikan dan budaya dalam hal menjunjung kesadaran tinggi untuk berpartisipasi pada setiap program Pemerintah. Menurut BKKBN, tingkat partisipasi KB diukur dengan proporsi PUS yang mengikuti KB (dalam Fauzie

Rahman & dkk, 2017:42). Namun, data yang ditunjukkan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Provinsi Jawa Tengah seperti Gambar 1. 1, bahwa partisipasi KB pasangan usia subur (PUS) yang diukur dengan total peserta KB aktif di Kota Semarang, angkanya masih rendah dibanding wilayah Kabupaten lainnya di Jawa Tengah. Peserta KB di Kota Semarang di tahun 2019 sebesar 455.869 orang, kemudian di tahun 2020 turun menjadi 194.631 orang, mengalami penurunan lagi hingga tercatat 175.603 orang.

Berbagai kebijakan untuk meningkatkan permintaan ber-KB hingga penyediaan layanan kontrasepsi sebagai salah satu langkah mencapai tujuan program Keluarga Berencana, maka kelembagaan program KB berkolaborasi dan berkoordinasi dengan beberapa pemangku kepentingan seperti pemerintah daerah, mitra sektor terkait dan sektor swasta termasuk masyarakat setempat. Pemerintah bersama stakeholder lainnya telah menyiapkan berbagai obat/alat dalam pencegahan terjadinya kehamilan (konsepsi) yang disebut dengan kontrasepsi. Terdapat 2 (dua) macam jenis kontrasepsi dalam program KB, yakni Kontrasepsi hormonal (pil; suntik; kondom) dan kontrasepsi non hormonal (IUD; metode bedah wanita/MOW; metode bedah pria/vasektomi). Diantara jenis-jenis alat/obat kontrasepsi tersebut memiliki efek samping tersendiri. Efek samping inilah yang menjadi keputusan para akseptor KB dalam menggunakan alat/obat kontrasepsinya. Sejalan dengan pendapat dari Mahmudah (dalam Fauzie Rahman & dkk, 2017:41), bahwa kontrasepsi merupakan komitmen bersama antara laki-laki dan perempuan selaku pasangan, maka pemilihan metode kontrasepsi menggambarkan kehendak dan aspirasi laki-laki dan perempuan.

Upaya menyukseskan tujuan program Keluarga Berencana, salah satu permasalahan utama adalah rendahnya partisipasi pria dalam melaksanakan program KB. Sejalan dengan penjelasan dari Dokter Spesialis Urologi yakni Widi Atmoko mengenai perbandingan pemilihan alat/obat kontrasepsi dalam program KB pria dengan wanita di Indonesia hanya sekitar 7,5 %, dan didukung pula dengan data dari BKKBN di tahun 2017 yang menunjukkan pengguna alat kontrasepsi kondom sebesar 3,12 % sedangkan yang melakukan vasektomi hanya 0,2 %, dimana hal ini disebabkan karena minimnya pengetahuan terkait KB vasektomi (MOP) terutama anggapan bahwa vasektomi disamakan dengan kebiri (Republika.co.id, 2021). Ketimpangan partisipasi pria dan wanita dalam penggunaan kontrasepsi ini juga terjadi ditahun 2018, ditunjukkan oleh hasil survei BKKBN tahun 2018 bahwa angka partisipasi perempuan sebesar 96,7% dan pria hanya sebesar 3,3% (The Conversation, 2022).

Berdasarkan data-data yang menunjukkan rendahnya partisipasi KB pria di Indonesia tersebut tentunya sangat berhubungan dengan budaya patriarki yang masih kuat melekat pada struktur masyarakat Indonesia. Bahkan sasaran utama program KB sebagian besar ditujukan oleh perempuan dan menjadi objek negara dalam mengontrol seksualitas. Pada akhirnya terjadi diskriminasi gender khususnya terhadap perempuan, sebab perempuan yang dianggap sebagai kunci keberhasilan untuk mengontrol reproduksi maka akan kehilangan otoritas untuk mengatur dan mengelola tubuhnya dalam mengendalikan aspek reproduksinya. Memang, semua perempuan memiliki hak atas hak reproduksi, dan berbagai undang-undang seperti Deklarasi Umum Hak Asasi Manusia (HAM), Konvensi

Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW), Konvensi Hak Anak, UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, serta UU Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera.

Adanya hak-hak antara perempuan/istri dan pria/suami itulah, maka Pemerintah beserta jajarannya mengeluarkan kebijakan-kebijakan untuk meningkatkan partisipasi pria seperti pada Tabel 1. 2

Tabel 1. 2. Peraturan Peningkatan KB Pria di Indonesia

Kebijakan	Peraturan	Penjelasan
Pemerintah Pusat	Undang-Undang Nomor 52 tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga.	Pasal 21 ayat 2(d) dan pasal 25 ayat 1. Keduanya menjelaskan bahwa partisipasi laki-laki dalam praktek KB perlu ditingkatkan; serta persamaan kedudukan, hak dan kewajiban suami istri dalam penyelenggaraan KB.
Provinsi Jawa Tengah	Undang-Undang Nomor 77 Tahun 2017 Tentang Pengembangan Kampung Keluarga Berencana	Pasal 1 yang menekankan pada kriteria pelaksanaan Kampung KB, dimana salah satu capaian MKJP/Modern (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) yakni melalui MOP.
Kota Semarang	Peraturan Walikota Kota Semarang Nomor 52 Tahun 2022 Tentang <i>Grand Design</i> Pembangunan Kependudukan Tahun 2020-2045	-Pilar 3 (Pembangunan Keluarga) yakni pada program KB berkualitas dilakukan berupa sosialisasi/kampanye. -Arah kebijakan peningkatan partisipasi peserta KB pria merupakan salah satu strategi untuk meningkatkan cakupan KB aktif (pria). -Kebijakan pengaturan fertilitas membantu Pasutri dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan hak reproduksi salah satunya dengan meningkatkan partisipasi pria dalam keluarga berencana.

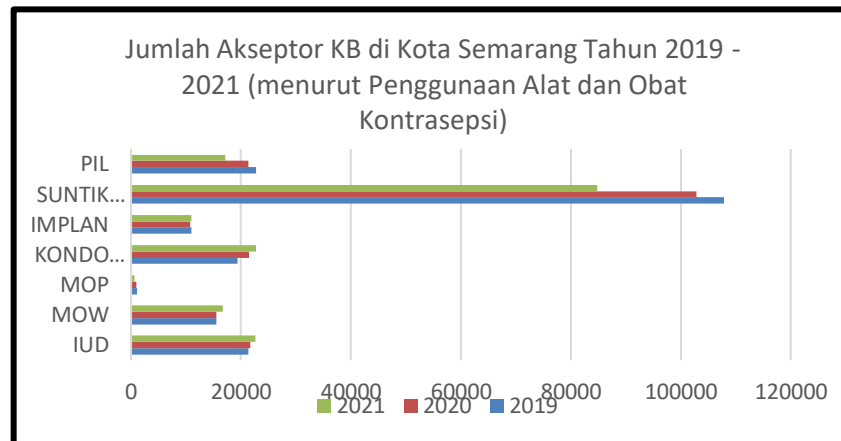
Sumber: diolah peneliti

Komitmen Walikota Semarang dalam meningkatkan permintaan KB Pria tertuang di Peraturan Walikota Kota Semarang Nomor 52 Tahun 2022 Tentang *Grand Design* Pembangunan Kependudukan Tahun 2020-2045. Namun, kebijakan tersebut hanya menjadi arahan umum penyelenggaraan KB pria. Sementara penyelenggaraan KB MOP (Metode Operasi Pria) yang ditujukan secara khusus (teknis) dalam upaya meningkatkan partisipasi pria yakni belum tersedia. Mengingat bahwa KB MOP termasuk program Keluarga Berencana Jangka Panjang (MKJP)/Metode Modern.

Penggunaan alat/obat kontrasepsi akseptor KB di Kota Semarang masih didominasi dengan alat/obat kontrasepsi hormonal. Hal ini menunjukkan bahwa para Pasangan Usia Subur (PUS) enggan/belum mengetahui pentingnya kontrasepsi non hormonal sebagai bentuk Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)/Modern. Dimana perlu diketahui bahwa Kontrasepsi jangka panjang, disingkat MKJP, merupakan metode KB yang berhasil mencegah risiko kehamilan hingga 10 tahun. Metode ini terdiri dari Metode Operasi Wanita (MOW), Metode Operasi Pria (MOP), Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan implant atau yang dikenal dengan susuk KB merupakan alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK) dengan masa berlaku tiga tahun (Sri L N, 2011 dalam Maziyyah, 2015:6-7). Seperti yang digambarkan oleh grafik pada

Gambar 1. 2 dimana metode suntikan dan pil masih dipercayai PUS dalam keputusan program Keluarga Berencananya.

**Gambar 1. 2. Jumlah Akseptor KB di Kota Semarang Tahun 2019-2021
(menurut Penggunaan Alat dan Obat Kontrasepsi)**



Sumber: (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021)

Perlu menjadi perhatian untuk meningkatkan permintaan KB pria adalah jumlah KB MOP yang angkanya paling rendah diantara lainnya, yakni hanya sebanyak 2690 pria dari 1.102 (2019); 920 (2020); 668 (2021). Terkait dengan itu, pada tahun 2021 penggunaan kondom di Kota Semarang berjumlah 22.729 yang jauh lebih banyak dibanding pengguna MOP. Fenomena serupa juga didukung dengan data Permintaan Masyarakat Peserta KB Baru (PPM PB) per Kecamatan Kota Semarang Tahun 2021 pada Tabel 1. 3

Tabel 1. 3. PPM PB per Kecamatan Kota Semarang Tahun 2021

NO	KECAMATAN	IUD	MOW	MOP	IMPLN	STK	PIL	KDM	TOTAL	%
1	SMG TIMUR	221	104	0	53	917	25	66	1.386	4,36
2	SMG SELATAN	426	118	0	58	589	91	1225	2.507	7,88
3	SMG BARAT	413	6	192	54	1837	207	1329	4.038	12,70
4	SMG	322	47	0	13	206	14	81	683	2,15

	TENGAH									
5	SMG UTARA	120	0	0	26	1088	21	23	1.278	4,02
6	GENUK	87	10	0	68	1543	53	60	1.821	5,73
7	GUNUNG P ATI	141	0	0	59	1140	365	169	1.874	5,89
8	MIJEN	102	0	0	86	834	102	63	1.187	3,73
9	TUGU	70	0	0	34	288	102	5	499	1,57
1 0	GAYAMSA RI	96	32	0	78	1741	98	111	2.156	6,78
1 1	CANDISAR I	71	0	0	20	266	88	68	513	1,61
1 2	GJ MUNGKU R	191	5	0	22	662	400	325	1.605	5,05
1 3	PEDURUN GAN	200	0	0	51	1842	825	527	3.445	10,8 3
1 4	TEMBALA NG	150	34	0	69	1378	109	103	1.843	5,79
1 5	BNYMANI K	146	10	0	66	713	70	113	1.118	3,52
1 6	NGALIYA N	263	12	0	87	1523	294 6	102 1	5.852	18,4 0
	K O T A	3.0 19	378	192	844	16.5 67	5.5 16	5.28 9	31.80 5	100, 00

Sumber: (Disdalduk dan KB Kota Semarang, 2022)

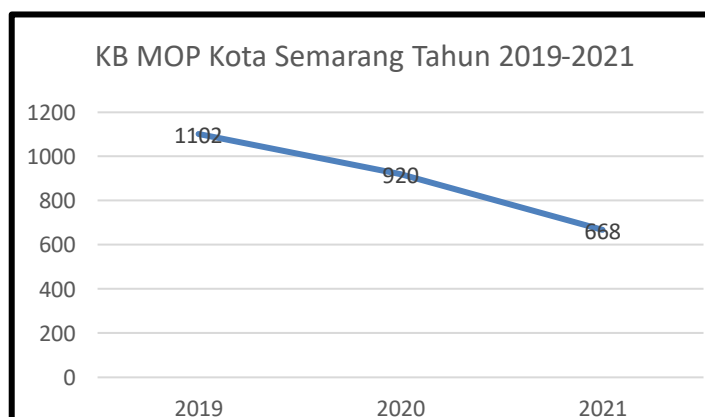
Data yang ditunjukkan oleh Tabel 1. 3, permintaan kontrasepsi kondom di tahun 2021 berjumlah 5.289 (16,63 %) yang nilainya jauh melebihi kontrasepsi MOP yang hanya berjumlah 192 (0,6 %). Kedua data diatas yakni

Gambar 1. 2 dan Tabel 1. 3 menunjukkan bahwa mayoritas para pria/suami memilih menggunakan alat/obat kontrasepsi kondom yang dirasa lebih aman dan mudah digunakan. Selain itu, Kecamatan Ngaliyan yang disusul Kecamatan Semarang Barat menjadi peringkat teratas banyaknya PPM PB, dan Kecamatan Tugu menjadi kecamatan yang memiliki PPM PB paling rendah yakni hanya

1,57% dibanding kecamatan lainnya, dengan permintaan kondom sebesar 5 dan MOP=0.

Menurut data dari BKKBN Jawa Tengah, partisipasi pria dalam program KB MOP di Kota Semarang setiap tahun mengalami penurunan signifikan. Hal ini juga didukung dengan pernyataan Kepala Disdalduk KB Kota Semarang yakni Gurun Risyadmoko pada kesempatannya saat diwawancarai oleh Tribun Jateng, bahwa kurangnya minat pria berpartisipasi dalam program MOP di Kota Semarang adalah masih banyak pria yang salah memahami bagaimana MOP tersebut dan dampaknya (Fajlin, 2019). Ditambah dengan pandemi Covid-19 yang berlangsung pada tahun 2020 hingga dewasa ini, menyebabkan angka partisipasi KB MOP semakin rendah. Keterbatasan kader/petugas KB dalam melakukan komunikasi dan edukasi terkait KB MOP terhambat dikarenakan adanya pembatasan kegiatan serta larangan pertemuan tatap muka dengan para akseptor KB Pria. Hal ini ditunjukkan oleh Gambar 1. 3, sebagai berikut

Gambar 1. 3. Grafik Tingkat Partisipasi Pria dalam KB MOP di Kota Semarang Tahun 2019-2021



Sumber: (BKKBN Jateng, 2021)

Penurunan partisipasi pria dalam KB MOP di Kota Semarang dapat diperjelas melalui data Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang yakni pada Tabel 1. 4. Namun, terdapat sedikit perbedaan data jumlah peserta KB Pria MOP khususnya di tahun 2020 antara BKKBN Provinsi Jawa Tengah (Gambar 1. 3) dengan Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang. Walaupun kedua sumber data ini sama-sama menunjukkan penurunan peserta KB MOP.

Tabel 1. 4. Peserta KB MOP Kota Semarang Tahun 2017-2022

Indikator KB MOP	Jumlah per tahun (orang/%)					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (Mei)
Persentase Pria dalam PUS KB Aktif	6,72	8,08	7,98	8,79	9,84	10,07
Peserta KB Aktif	2753	1090	1102	937	668	568
Peserta KB Baru	55	116	129	65	37	54

Sumber: (Disdalduk dan KB Kota Semarang, 2022)

Berdasarkan data Tabel 1. 4, sepanjang tahun 2017 hingga tahun 2022 (bulan Mei) indikator KB MOP yakni pada peserta aktif dan baru jumlahnya selalu menurun tiap tahunnya. Dapat terlihat seperti pada Tabel 1. 5 bahwa Kecamatan Barat mendominasi jumlah peserta KB MOP di Kota Semarang dan disusul oleh Kecamatan Semarang Timur. Sedangkan Kecamatan lainnya tampak tidak ada peningkatan sama sekali terkait partisipasi pria dalam KB MOP dari tahun 2018 hingga tahun 2021. Namun, tahun 2022 ini terjadi peningkatan di sebagian Kecamatan tersebut yakni Semarang Selatan dan Banyumanik.

Tabel 1. 5. PPM PB MOP Tahun 2017-2022 per Kecamatan Kota**Semarang**

NO	KECAMATAN	PPM PPM PB MOP per Tahun (2017-2022)					
		2017	2018	2019	2020	2021	2022 (Mei)
1	SEMARANG TIMUR	13	7	99	54	0	36
2	SEMARANG SELATAN	10	5	0	0	0	31
3	SEMARANG BARAT	34	8	17	139	192	83
4	SEMARANG TENGAH	11	3	0	0	0	0
5	SEMARANG UTARA	25	5	0	0	0	0
6	GENUK	28	4	0	0	0	0
7	GUNUNGPATI	20	4	0	0	0	0
8	MIJEN	16	5	0	0	0	0
9	TUGU	7	2	0	0	0	0
10	GAYAMSARI	18	6	0	0	0	0
11	CANDISARI	15	5	0	0	0	0
12	GAJAH MUNGKUR	11	3	0	0	0	0
13	PEDURUNGAN	47	7	0	0	0	0
14	TEMBALANG	46	12	0	0	0	0
15	BANYUMANIK	28	5	0	0	0	26
16	NGALIAN	34	9	0	0	0	0
KOTA		363	90	116	193	192	176

Sumber: (Disdalduk dan KB Kota Semarang, 2022)

Kecamatan Tugu dalam upaya meningkatkan partisipasi KB MOP menjadi Kecamatan terendah di Kota Semarang dalam waktu 5 (lima) tahun terakhir. Pada Tabel 1. 5 Permintaan Masyarakat Peserta KB Baru (PPM PB) MOP di tahun 2017, hanya terdapat 7 (tujuh) orang PUS pria dan terjadi peningkatan 2 (dua) PUS pria saja di tahun 2018 serta tidak ada penambahan peserta baru selama 3 (tiga) tahun terakhir.

**Tabel 1. 6. Laporan Peserta KB MOP Kecamatan Tugu per Kelurahan
(bulan Juli Tahun 2022)**

No.	Kelurahan	PUS	MOP		Total	%
			P	S		
1	Jerakah	567	0	2	2	0,35%

2	Tugurejo	1212	4	1	5	0,41%
3	Karanganyar	615	2	0	2	0,33%
4	Randugarut	423	1	0	1	0,24%
5	Mangkang Wetan	905	0	0	0	0,00%
6	Mangunharjo	1060	1	1	2	0,19%
7	Mangkang Kulon	685	1	0	1	0,15%
Jumlah		5467	13			0,24%

Sumber: (BPKB Kecamatan Tugu Semarang, 2022) (diolah)

Namun terjadi perbedaan data antara PLKB Tugu dengan Dinas, dimana di tahun 2022 seperti yang ditunjukkan oleh Tabel 1. 6 diatas terdapat perubahan peserta KB MOP di masing-masing Kelurahan dari 9 menjadi 13 peserta dimana jumlahnya masih rendah dan tidak seimbang dengan jumlah PUS di Kecamatan Tugu yakni sebanyak 5467 PUS.

Menurut data Laporan Peserta KB Aktif Kecamatan Tugu (2022), presentasi besaran peserta KB MKJP 31,07% dari total PUS sebanyak 5467 (terdiri dari IUD 680, Implan 272, MOP 13, MOW 283) akseptor dan Non MKJP 68,92 % (terdiri dari Suntik 2101, Pil 491, Kondom 190) dengan peserta *unmeet need* 10,20% (terdiri dari IAT 278, TIAL 280) akseptor. Sehingga kesertaan pria dalam menggunakan KB Kondom dan MOP hanya mencapai 3,71 %. Penyelenggaraan KB di Kecamatan Tugu belum mencapai KB MKJP/Modern (KB Keberlanjutan), karena KB Non MKJP masih mendominasi KB PUS. Selain itu, peserta dengan *unmeet need* (kebutuhan tidak terpenuhi) secara signifikan berkontribusi untuk memilih keluar dari program KB.

Keberhasilan implementasi kebijakan yang disampaikan oleh George C. Edwards III dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi. Menyebarnya informasi palsu mengenai KB pria

menimbulkan pro kontra dan persepsi berlebih dikalangan masyarakat. Kurangnya sosialisasi kebijakan KB Pria kepada pasangan usia subur (PUS) khususnya para pria (suami). Proses sosialisasi pelaksana kebijakan yang merupakan komunikasi kebijakan dapat didefinisikan oleh La Mani dan Budi Guntoro yaitu komunikasi kebijakan sebagai suatu proses diseminasi pesan dari lembaga pemerintah kepada publik/khalayak/masyarakat atau *stakeholders*-nya dengan harapan agar khalayak dapat menerimanya (Mani & Guntoro, 2020). menerimanya. Komunikasi kebijakan bertujuan untuk membawa perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan. Efektivitas komunikasi yang dilakukan pun dapat dilihat dari sejauh mana pesan komunikator dapat memberikan dampak pada komunikan atau khalayak. Selain itu, salah satu unsur komunikasi menurut La Mani dan Budi Guntoro adalah Efek atau pengaruh, dimana efek ini didefinisikan sebagai perubahan pada pengetahuan, sikap, dan tindakan seseorang sebagai akibat penerimaan pesan (Mani & Guntoro, 2020:15).

Kebijakan KB Pria di Kecamatan Tugu belum adanya perubahan dari sikap dan tindakan terutama dalam menarik perhatian pria (suami) untuk melakukan MOP/vasektomi sebagai pilihan utamanya, selain itu masih banyak para pria (suami) yang salah mengartikan program KB pria melalui MOP/Vasektomi karena adanya mitos yang beredar di masyarakat setelah komunikasi kebijakan dilakukan oleh petugas KB. Sehingga mengapa komunikasi kebijakan tidak dapat mengubah sikap dan tindakan para pria (suami) dalam meningkatkan KB pria di Kecamatan Tugu ?. Dengan demikian, penelitian tentang Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang krusial dilakukan.

1.2 Perumusan Masalah

1.2.1. Identifikasi Masalah

Berdasarkan dengan kondisi lapangan yang telah dipaparkan, dapat identifikasikan bahwa penerapan program masih mengalami beberapa masalah seperti

- (1) Presentase jumlah peserta KB MOP masih rendah dibanding KB lainnya,
- (2) Adanya perspektif negatif mengenai KB MOP,
- (3) Kurangnya keterlibatan penggunaan media komunikasi dalam promosi/sosialisasi KB pria,
- (4) Belum adanya pembahasan khusus mengenai KB pria maupun KB MOP oleh kader/petugas KB dalam memberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE),

1.2.2. Rumusan Masalah

Bersumber pada hasil identifikasi masalah diatas, maka peneliti tertarik untuk mengkaji lebih dalam mengenai bagaimana meningkatkan partisipasi pria pada kebijakan Keluarga Berencana dengan membatasi fokus penelitian yakni pada komunikasi kebijakan, dan lokus penelitian di Kecamatan Tugu, Kota Semarang. Sehingga peneliti mengangkat judul penelitian yakni “**Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Priadi Kecamatan Tugu, Kota Semarang**”. Agar dapat mempermudah proses dan arah pembahasan, peneliti merumuskan masalah yakni sebagai berikut:

1. Bagaimana Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang ?
2. Bagaimana faktor penghambat Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang ?

1.3 Tujuan Penelitian

Sesuai dengan perumusan masalah, maka penelitian ini dimaksudkan untuk

1. Menganalisis Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang.
2. Menganalisis faktor penghambat Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang.

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1. Secara Praktis

1. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan, pengalaman peneliti terkait program keluarga berencana dan kependudukan.

2. Bagi Lembaga/Instansi

Memberikan sumber rujukan kepada Dinas/Instansi terkait untuk menindak lanjuti segala masalah dalam kebijakan kependudukan dan keluarga berencana.

3. Bagi Masyarakat

Memberikan manfaat, seperti bahan informasi dan pemahaman masyarakat terkait pelayanan kebijakan berencana MOP dalam rangka meningkatkan kesertaan KB pria.

1.4.2. Secara Teoritis

Penelitian ini bermaksud agar memberikan bertambahnya pandangan, pengetahuan, dan kemahiran terhadap upaya penyelesaian masalah, khususnya terkait masalah Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang sesuai dengan kajian teoritis ilmu administrasi publik.

1.5 Kerangka Pemikiran Teoritis

1.5.1. Penelitian Terdahulu

Tabel 1. 7. Penelitian Terdahulu

No	Judul	Pertanyaan Penelitian	Tujuan Penelitian	Teori/ Konsep	Metode	Temuan
1	Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana (Studi Kasus Peningkatan Kesertaan KB Pria) di Kecamatan Belawa Kabupaten Wajo. (Natsir, Ismail, & Aminah, 2021).	a. Bagaimana Implementasi kebijakan peningkatan kesertaan KB pria ? b. Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan partisipasi pria dalam ber KB?	Meningkatkan kesertaan KB Pria di Kecamatan Belawa Kabupaten Wajo	Komunikasi, Sumber daya, Disposisi, Struktur Birokrasi. (George C.Edwards III)	Deskriptif Kualitatif	Perlunya penyebarluasan kebijakan secara massif dan masih rendahnya kualitas sumber daya petugas KB.
2.	Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana Dalam Rangka Peningkatan Kesertaan KB Pria di Kecamatan Kepanjenkidul Kota	a. Bagaimana implementasi kebijakan ? b. Bagaimana faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi	Mendiskripsikan implementasi kebijakan serta menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhiny	Komunikasi, Sumber daya, Disposisi, Struktur Birokrasi, dan Lingkungan /lainnya.	Fenomenologis Kualitatif	Partisipasi KB Pria masih rendah, karena adanya perspektif dan kekhawatiran akseptor. Diperlukan sosialisasi di berbagai media dan pelatihan para dokter dalam meminimalisir efek

	Blitar. (Wibawa & Baehaki, 2019).	kebijakan ?				vasektomi.
3.	Partisipasi Pria Dalam Penggunaan Vasektomi di Kecamatan Maro Sebo Kabupaten Muaro Jambi. (Guspianto, 2019)	Bagaimana partisipasi pria dalam penggunaan vasektomi ?	Menganalisis partisipasi pria dalam penggunaan kontrasepsi vasektomi dan faktor-faktornya.	Teori Partisipasi : Pengetahuan, akses promosi dan informasi, akses pelayanan dan sosial budaya.	Deskriptif Kualitatif	Partisipasi masih rendah dan memerlukan peningkatan pembinaan, pendekatan, dan koordinasi secara berkesinambungan untuk memperoleh dukungan para stakeholder.
4.	Partisipasi Pria Dalam Penggunaan Metode Kontrasepsi Vasektomi di Kota Bengkulu. (Agustina Pratiwi, Anita, Angraini, & Puspitasari, 2017).	Bagaimana partisipasi pria dalam penggunaan vasektomi ?	Mengetahui Partisipasi Pria dalam Penggunaan Metode Kontrasepsi Vasektomi.	Faktor predisposisi (terbentuknya perilaku), Pemungkin, dan Penguat (dukungan).	Deskriptif Kualitatif	Partisipasi rendah diakibatkan oleh operasional program KB beserta penyediaan alkon hanya pada wanita, kesalahan persepsi dan stigma masyarakat, keterbatasan sosialisasi dan promosi (akses pelayanan, informasi, dukungan), serta dukungan pemerintah.
5.	Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Partisipasi Pria Dalam Program Keluarga Berencana Di Kabupaten Jember (Studi Pada Peserta Kb Metode	Bagaimana pengaruh kualitas pelayanan terhadap partisipasi pria dalam program Keluarga	Mengetahui pengaruh kualitas pelayanan terhadap partisipasi pria dalam program Keluarga	Faktor kualitas pelayanan publik (tangibles, reliability, responsiveness, assurance dan empathy) dan	Kuantitatif (<i>explanatory research</i>)	Kualitas pelayanan program KB pria menentukan partisipasi pria terutama dalam memilih alkon. Sehingga Dinas P3AKB harus mempertahankan serta

	Operasi Pria Di Dinas P3AKB Kabupaten Kabupaten Jember). (Arifin, Sutomo, & Wahyudi, 2018)	Berencana	Berencana	partisipasi		meningkatkan kualitas pelayanan seperti jumlah dokter, ketanggapan dan penampilan petugas.
6.	Partisipasi Pria Dalam Program Keluarga Berencana Di Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe. (Rahnayanti, Abubakar, & Akmal, 2020)	Partisipasi Pria Dalam Program Keluarga Berencana ?	Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan peningkatan partisipasi pria dalam program KB.	Faktor Sosio Demografi, faktor kualitas dan akses pelayanan, pengetahuan, budaya	Kuantitatif (Observasional dan <i>Cross-sectional</i>)	Peningkatan partisipasi pria dalam program KB pria dibutuhkan sosialisasi yang massif, kesetaraan, serta meningkatkan Kerjasama antar sektor.

Penelitian terdahulu merupakan sebuah kegiatan membandingkan penelitian yang sedang dikerjakan penulis dengan penelitian yang sudah dilakukan dari peneliti sebelumnya. Kegiatan ini bertujuan untuk melihat persamaan dan perbedaan yang terdapat pada hasil penelitian penulis sebelumnya, sehingga penulis dapat melihat apa saja kekurangan dan kelebihan pada hasil penelitiannya.

Penelitian yang dilakukan Muhammad Natsir, Imran Ismail, dan Sitti Aminah pada tahun 2021 yang berjudul Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana (Studi Kasus Peningkatan Kesertaan KB Pria) di Kecamatan Belawa Kabupaten Wajo), hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kesertaan KB pria perlu mendapat perhatian, terutama KIE (Komunikasi Informasi Edukasi) dalam hal penyebarluasan informasi dan pengetahuan KB pria, masih rendahnya kualitas sumber daya Petugas KB dalam memasarkan alat kontrasepsi bagi pria.. Perbedaan pada penelitian saat ini adalah memfokuskan komunikasi kebijakan dengan lokus penelitian di Kecamatan Tugu Kota Semarang. Sedangkan persamaannya adalah menganalisis peningkatan KB pria dan menggunakan model implementasi kebijakan dari George Edward III melalui pendekatan kualitatif. (Natsir, Ismail, & Aminah, 2021).

Penelitian yang dilakukan Kusuma Wibawa dan Imam Baehaki pada tahun 2019 yang berjudul Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana Dalam Rangka Peningkatan Kesertaan KB Pria di Kecamatan Kepanjenkidul Kota Blitar, hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat partisipasi pria dalam ber-KB masih rendah dan rasa kekhawatiran pria menjadi kendala dalam pelaksanaan program.

Selain itu dibutuhkan strategi untuk meningkatkan partisipasi pria seperti sosialisasi dengan melibatkan media komunikasi dan mudahnya akses praktik KB vasektomi. Perbedaan pada penelitian saat ini adalah memfokuskan komunikasi kebijakan dengan lokus penelitian di Kecamatan Tugu Kota Semarang. Sedangkan persamaan dalam menganalisis peningkatan KB pria menggunakan pendekatan administrasi publik . (Wibawa & Baehaki, 2019).

Penelitian yang dilakukan Guspianti pada tahun 2019 yang berjudul Partisipasi Pria dalam Penggunaan Vasektomi di Kecamatan Maro Sebo Kabupaten Muaro Jambi, menunjukkan bahwa rendahnya penggunaan vasektomi dalam partisipasi pria memungkinkan dipengaruhi oleh rendahnya pengetahuan tentang vasektomi, terbatasnya akses promosi dan informasi serta akses pelayanan vasektomi, dan adanya nilai-nilai sosial budaya yang kurang mendukung. Perbedaan penelitian tersebut terletak pada pendekatan untuk menganalisis fenomena partisipasi yakni faktor pengetahuan, promosi dan informasi, akses pelayanan, dan sosial budaya. Sedangkan persamaannya adalah menganalisis partisipasi KB vasektomi dengan metode kualitatif. (Guspianto, 2019).

Penelitian yang dilakukan Zainul Arifin, Sutomo, dan Edy Wahyudi pada tahun 2018 yang berjudul Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Partisipasi Pria dalam Program Keluarga Berencana di Kabupaten Jember (Studi Pada Peserta KB Metode Operasi Pria di Dinas P3AKB Kabupaten Kabupaten Jember) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara kualitas pelayanan terhadap partisipasi pria. Metode analisis data yang digunakan dengan regresi

linier sederhana (*simple linear regression*) dengan bantuan paket software SPSS menjadi perbedaan penelitian saat ini. Persamaannya terletak pada fokus penelitian mengenai KB pria. (Arifin, Sutomo, & Wahyudi, 2018)

Penelitian yang dilakukan Bintang Agustina Pratiwi, Betri Anita, Wulan Angraini, dan Dahlia Puspitasari pada tahun 2017 yang berjudul Partisipasi Pria Dalam Penggunaan Metode Kontrasepsi Vasektomi di Kota Bengkulu, hasil penelitian menunjukkan bahwa keputusan untuk memilih vasektomi dalam penggunaan KB di rumah tangga dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pendekatan analisis menggunakan faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat, sehingga ini yang menjadi perbedaan penelitian saat ini. Persamaannya yakni pada menganalisis partisipasi KB vasektomi dengan metode kualitatif. (Agustina Pratiwi, Anita, Angraini, & Puspitasari, 2017).

Penelitian yang dilakukan Novika Rahmayanti, Muhammad Bin Abubakar, dan M. Akmal pada tahun 2020 yang berjudul Partisipasi Pria dalam Program Keluarga Berencana di Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara sosio demografi (pendidikan, pendapatan, dan jumlah anak) dan akses pelayanan dengan keikutsertaan pria dalam ber-KB di Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe observasional dengan menggunakan metode pendekatan *cross-sectional* menjadi perbedaan dalam menganalisis KB pria. Persamaannya terletak pada fokus penelitian mengenai KB pria. (Rahmayanti, Abubakar, & Akmal, 2020).

Kemiripan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada pembahasan masalah partisipasi pria dalam program KB. Sedangkan untuk perbedaannya, penelitian ini memfokuskan komunikasi kebijakan dan lokus penelitian dilakukan di Kecamatan Tugu Kota Semarang. Sehingga penelitian ini akan menganalisis terhadap komunikasi yang terjalin beserta faktor penghambat komunikasi kebijakan Keluarga Berencana Pria khususnya dalam menggunakan kontrasepsi MOP (Metode Operasi Pria)/Vasektomi.

1.5.2. Administrasi Publik

Administrasi menurut Sondang Siagian (dalam Anggara, 2016:21) adalah keseluruhan proses dimana banyak orang bekerja sama berdasarkan beberapa rasionalitas untuk mencapai tujuan tertentu. Istilah "publik" sekarang secara umum didefinisikan sebagai sekelompok individu atau komunitas yang memiliki tujuan yang sama dan tidak perlu berada di wilayah geografis yang sama.

Sejalan dengan pendapat Sondang Siagian, Chandler dan Plano (dalam Keban, 2014:3) administrasi publik sebagai proses yang berkaitan dengan sumber daya publik dan sumber daya manusia diatur dan dikoordinasikan untuk merumuskan, melaksanakan dan mengelola keputusan dalam kebijakan publik. Mereka berpendapat bahwa administrasi publik adalah seni dan ilmu yang tujuannya adalah untuk mengelola urusan publik (kepentingan publik) dan untuk menyelesaikan berbagai tugas yang diberikan kepadanya. Administrasi publik sebagai ilmu bertujuan untuk memecahkan masalah publik melalui inovasi dan kecanggihan, terutama di bidang organisasi, kepegawaian dan keuangan.

Pasolog (dalam Revida et al., 2020:3) juga berpendapat administrasi publik sebagai ilmu dan seni, dimana merupakan suatu bentuk kerjasama antar individu atau kelompok lembaga dalam penyelenggaraan tugas negara untuk memenuhi kebutuhan rakyat secara efektif dan efisien. Diperkuat oleh pendapat Hughes yaitu adanya kegiatan pelayanan publik dan/atau kegiatan pelayanan publik dalam pelaksanaan kebijakan yang diterima dari pihak lain (dalam Revida et al., 2020:4).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa administrasi publik adalah suatu bentuk kegiatan dalam suatu organisasi publik bagi sekelompok orang yang bekerja sama secara rasional untuk memenuhi kebutuhan dan mewujudkan tujuan publik melalui proses politik untuk memberikan pelayanan yang prima, efisien dan efektif.

1.5.3. Paradigma Administrasi Publik

Tabel 1. 8. Paradigma Administrasi Publik

Pergesaran Paradigma	Penjelasan
Paradigma Dikotomi Politik dan Administrasi (1900-1926)	Tokohnya <i>Frank J. Goodnow</i> dan <i>Leonard D. White</i> yang menekankan bebas nilai efisiensi dan ekonomi dari <i>government bureaucracy</i> sebagai lokusnya, tetapi “fokus” kurang dibahas.
Paradigma Prinsip-Prinsip Administrasi (1927-1937)	<i>Fayol</i> dan <i>Taylor</i> memfokuskan prinsip manajemen klasik (POSDCORB), tidak politis dan objektif terhadap pemecahan masalah, serta lokus tidak jelas (sudah <i>universal</i>).
Paradigma Administrasi Negara sebagai Ilmu Politik (1950-1970)	Lokusnya adalah birokrasi pemerintahan, fokusnya tidak jelas (prinsip administrasi lemah).
Paradigma Administrasi Publik sebagai Ilmu Administrasi (1956-1970)	Fokusnya adalah perilaku organisasi, analisis manajemen, penerapan teknologi modern. Masuk akal dalam dunia bisnis dan dunia administrasi publik, sehingga tempat ini menjadi kabur.
Paradigma Administrasi Publik sebagai Administrasi Publik	Penekanan ditempatkan pada teori organisasi, teori manajemen publik dan kebijakan publik. Lokusnya adalah masalah dan kepentingan publik.

(1970-sekarang)	
Governance (1990-sekarang)	Pemerintah dalam melakukan pelayanan, bekerja sama (menjalin kemitraan) dengan masyarakat lokal, organisasi masyarakat, sektor publik, dan swasta.

Sumber: Henry dalam Keban, 2014:31-36; Gibson dalam Astuti, Warsono, & Rachim, 2020:25 (diolah peneliti)

Paradigma perkembangan administrasi publik seperti yang ditunjukkan oleh Tabel 1. 8 telah disepakati bersama oleh para ilmuwan bahwa Nicholas Henry beberapa kali merevisi model administrasi publik sejak tahun 1975, awalnya dengan empat pengembangan model namun direvisi menjadi enam (Henry dalam Astuti, Warsono, & Rachim, 2020:22). Paradigma terakhir khususnya “*governance*”, terus ditekankan secara berbeda dalam setiap konteks penerapannya. Masyarakat ikut terlibat dalam proses politik, termasuk saat pembuatan kebijakan publik. Peran pemerintah hanya sebagai pengatur dan pengarah, sehingga dalam menjalankan fungsinya memerlukan sektor lain untuk menyediakan layanan.

Penelitian ini merupakan bagian dari paradigma Administrasi Publik sebagai Administrasi Publik (1970), dimana kebijakan publik menjadi salah satu fokusnya. Penerapan paradigma ini dapat menjawab permasalahan terkait dengan komunikasi kebijakan program Keluarga Berencana dengan fokus kebijakan Metode Operasi Pria (MOP) guna meningkatkan partisipasi pria dalam KB MOP.

1.5.4. Kebijakan Publik

Menurut Turner dan Hulme dalam Keban (2014:60) melihat *policy* sebagai proses yang meliputi proses pembuatan kebijakan dan implementasi kebijakan

(*policy making and policy implementation*). Sejalan juga dengan pendapat Yeremias T. Keban yaitu :

“Kebijakan dapat diartikan sebagai “program“ juga “proses“ seperti penetapan tujuan, pembuatan keputusan untuk diimplementasikan hingga dievaluasi” (Keban, 2014:59-60).

Shafritz dan Russel (dalam Keban, 2014:60), sendiri memberikan pendapat bahwa kebijakan merupakan suatu keputusan dan sifatnya hirarkis, yakni dari atas ke bawah (*street level*). Kebijakan pemerintah untuk menangani masalah masyarakat disebut kebijakan publik. Secara umum, kebijakan publik adalah kebijakan yang dikembangkan oleh lembaga pemerintahan atau pejabat pemerintahan (Lemay dalam Keban, 2014:60). Sama halnya kebijakan publik yang dikatakan oleh Thomas R. Dye bahwa “*is what ever government chose to do or ot to do*”, yang memiliki penjelasan Kebijakan publik mengacu pada apa yang pemerintah lakukan atau tidak lakukan. Sebuah pemerintah memilih untuk melakukan sesuatu memerlukan tujuan, dan kebijakan publik mencakup semua tindakan pemerintah (dalam Pasolong, 2007:39). Terdapat tahapan kebijakan publik seperti yang ditunjukkan Tabel 1. 9, antara lain

Tabel 1. 9. Tahap-Tahap Kebijakan Publik

Tahapan	Penjelasan
Penyusunan Agenda	Petugas yang dipilih dan diangkat membawa masalah ke agenda publik. Di masa lalu, masalah ini telah bersaing untuk agenda politik.
Formulasi Kebijakan	Isu-isu agenda politik didiskusikan oleh pembuat kebijakan untuk mencari solusi terbaik dari isu tersebut di antara berbagai alternatif/opsi kebijakan yang ada. Selama fase ini, setiap aktor bersaing satu sama lain untuk mengusulkan solusi terbaik untuk masalah tersebut.
Adopsi Kebijakan	Alternatif kebijakan yang diajukan oleh pembuat kebijakan. Pada akhirnya, salah satu dari kebijakan alternatif ini akan

	diadopsi oleh dukungan mayoritas legislatif, kesepakatan antara direktur lembaga, atau keputusan pengadilan.
Implementasi Kebijakan	Langkah-langkah yang diambil akan dilaksanakan oleh unit administrasi yang memobilisasi sumber daya keuangan dan manusia serta lembaga pemerintah akar rumput.
Evaluasi Kebijakan Publik	Kebijakan dievaluasi berdasarkan kriteria dasar untuk menentukan apakah kebijakan publik yang diterapkan telah mencapai efek dan tujuan yang diinginkan.

Sumber: Dunn dalam Keban, 2014:67 (diolah peneliti)

Berdasarkan penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah suatu tindakan berupa kegiatan maupun program yang dilakukan oleh organisasi/pemerintah dengan cara tertentu dan pada tahapan tertentu dalam rangka memecahkan masalah publik.

1.5.5. Implementasi Kebijakan

Kebijakan dapat dipahami secara sederhana sebagai aturan yang disusun oleh sebuah proses dan memerlukan sumber daya yang ada untuk mengambil sebuah keputusan sebagai upaya mengatasi masalah, selanjutnya harus dilaksanakan melalui implementasi. Ini adalah tugas administrator untuk mengembangkan dan mengontrol cara mengkoordinasikan, menafsirkan, dan menerapkan kebijakan yang diadopsi untuk seleksi. Sejalan dengan pendapat Yeremis T. Keban mengenai implementasi kebijakan yakni:

“Implementasi kebijakan merupakan suatu tahap dimana kebijakan yang telah diadopsi dilaksanakan oleh unit-unit administratif tertentu dengan memobilisasikan dana dan sumberdaya yang ada.” Keban (2014:67)

Ada dua pilihan yang jarang muncul ketika mengimplementasikan kebijakan publik, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan turunan dari kebijakan publik tersebut (Nugroho, dalam

Tangabali, Fajar Apriani, Santi, 2019:9111). Pendapat tersebut juga didukung oleh Ripley Franklin (dalam Winarno, 2016:134) yang menyatakan bahwa Implementasi adalah sesuatu yang diciptakan setelah undang-undang diundangkan untuk memberikan kebijakan, kewenangan program, manfaat, atau model hasil (*tangible output*).

Menurut Van Meter dan Van Horn (dalam Agustino, 2014:139), bahwa implementasi kebijakan sebagai tindakan – tindakan yang dilakukan dan diarahkan pada tercapainya tujuan dalam keputusan kebijaksanaan. Secara tidak langsung dalam pendapat ini Van Matter dan Van Horn mengungkapkan bahwa terdapat indikator atau standart tertentu yang digunakan dalam implementasi kebijakan, hal ini berkaitan dengan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh implementor. Memberi makna pada implementasi kebijakan sebagai sarana yang digunakan kebijakan untuk mencapai tujuannya, tidak lebih dan tidak kurang. Pendapat tersebut juga dapat dijelaskan oleh Leo Agustino yakni sebagai berikut:

“Implementasi kebijakan melakukan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri.” (Agustino, 2014:139)

Implementasi kebijakan memiliki dimensi yang cukup luas dan sangat penting dalam keberjalanan kebijakan publik, dengan demikian perlu memperhatikan beberapa hal dalam pelaksanaannya. Hal tersebut antara lain: i) seorang implementor harus tau apa yang akan dilaksanakan, dalam artian penguasaan terhadap kebijakan yang akan dilaksanakan, ii) kebijakan yang akan dijalankan harus ditransmisikan kepada pihak yang tepat sesuai dengan sasaran dan arahan kebijakan, iii) kebijakan yang akan dijalankan harus dapat diterima secara jelas

siapa yang menjadi sasaran kebijakan dan bagaimana tujuan serta arahan dari kebijakan tersebut (Kadji, 2015: 50).

Dalam implementasi kebijakan tentunya banyak faktor yang menjadi pendorong dan penghambat. Faktor-faktor tersebut akan saling terkait. Ada beberapa model kebijakan dari para ahli yang diidentifikasi berdasarkan dua pendekatan, yaitu pendekatan *top-down* dan pendekatan *bottom-up*. Pendekatan *top-down* adalah implementasi kebijakan terpusat yang dimulai dari aktor tingkat pusat dan keputusan juga dibuat di tingkat pusat. Model pendekatan *top-down* dikembangkan oleh beberapa individu seperti Donald Van Metter dan Carl Van Horn, Merilee S Grindle dan George C. Edwards III. Sementara itu, pendekatan *bottom-up* merupakan model pendekatan yang menekankan bahwa penerapan on-premise memberikan fleksibilitas dalam penegakan kebijakan.

Dalam penelitian ini, pendekatan implementasi kebijakan yang digunakan adalah *top down*. Hal ini dikarenakan dalam penelitian ini lebih melihat bagaimana peran Dinas Pengendalian Penduduk dan KB Kota Semarang serta PLKB/PKB Kecamatan Tugu dalam melakukan implementasi kebijakan penyelenggaraan KB dalam hal ini peningkatan KB pria di Kecamatan Tugu. Berdasarkan hal tersebut maka implementasi kebijakan pada penelitian ini akan dilihat melalui pendekatan *top down*..

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa implementasi kebijakan adalah usaha melaksanakan kegiatan maupun program yang didasarkan pada ketepatan

pengambilan keputusan oleh organisasi/pemerintah dengan pengerahan seluruh komponen dalam mencapai tujuan tertentu.

1.5.6. Komunikasi Kebijakan

Komunikasi didefinisikan sebagai proses penyampaian pesan dari komunikator ke objek media dengan tujuan untuk mengubah pengetahuan, sikap dan perilaku (Mani & Guntoro, 2020:ix). Komunikasi kebijakan adalah proses penyampaian pesan dari instansi pemerintah kepada khalayak atau pemangku kepentingan dengan harapan dapat diterima (Mani & Guntoro, 2020:2). Pada prinsipnya komunikasi politik adalah komunikasi yang berlangsung di lingkungan instansi pemerintah, sehingga dapat dipahami untuk menyebarluaskan pesan, program, dan gagasan pemerintah kepada masyarakat untuk mencapai tujuan negara (Wahab, 1991:120). George C. Edward III menjelaskan bahwa komunikasi kebijakan berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan kepada organisasi dan/atau publik dan sikap serta tanggapan dari para pihak yang terlibat (dalam Nugroho, 2014:144).

Terdapat beberapa unsur yang mendukung terjadinya komunikasi, yaitu: (Mani & Guntoro, 2020:31-33)

1. Sumber, atau yang sering disebut sebagai komunikator. Sumber yang dilibatkan dalam semua peristiwa komunikasi memiliki peran sebagai penghasil atau pengirim informasi. Sumber daya ini dapat mencakup satu orang atau grup.

2. Pesan, merupakan sesuatu yang disampaikan kepada penerima secara langsung atau melalui sarana komunikasi lainnya.
3. Media, merupakan alat untuk memindahkan pesan dari komunikator/sumber ke penerima.
4. Khalayak, atau yang sering disebut dengan komunikan, penerima, dan sasaran. Khalayak merupakan sasaran komunikasi yang pesannya disampaikan oleh komunikator/sumber. Jika pesan yang dikirim oleh komunikator/sumber tidak sampai ke khalayak, maka menimbulkan masalah yang seringkali memerlukan perubahan, baik pada sumber, pesan maupun salurannya. Mengenal objek merupakan prinsip dasar dalam komunikasi, karena dengan mengetahui dan memahami karakteristik objek maka peluang keberhasilan komunikasi akan besar. Gangguan, merupakan segala sesuatu yang mendistorsi pesan.
5. Gangguan dapat terjadi pada saat pesan dikirimkan oleh komunikator/sumber berbeda dengan yang diterima oleh khalayak/penerima. Gangguan ini dapat berupa gangguan fisik, psikologis, ataupun semantik.
6. Umpan balik, merupakan reaksi atau respon komunikan setelah menerima pesan dari komunikator.
7. Efek, merupakan perbedaan antara apa yang audiens/penerima pikirkan, rasakan, dan lakukan sebelum dan sesudah menerima pesan dari komunikator/sumber. Lebih lanjut, efek juga dapat dipahami sebagai

perubahan atau penguatan keyakinan terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan seseorang sebagai akibat diterimanya pesan.

8. Konteks, merupakan sesuatu yang membingkai komunikasi. Konteks komunikasi dapat diartikan pula sebagai lingkungan, yang meliputi konteks fisik, psikologis, sosiologis, budaya, dan temporal.

Sementara itu, tujuan umum komunikasi juga disampaikan oleh Santucci dalam (Mani & Guntoro, 2020:37) yaitu sebagai berikut:

1. *To obtain something* (Untuk mendapatkan sesuatu).
2. *To control the behaviour of other people* (Untuk mengontrol perilaku orang lain).
3. *To inform somebody* (Untuk menginformasikan seseorang).
4. *To satisfy a desire for knowledge* (Untuk memuaskan keinginan akan pengetahuan).
5. *To express a feeling* (Untuk mengungkapkan perasaan).
6. *To express the pleasure of being with somebody else* (Untuk mengekspresikan kesenangan bersama orang lain).
7. *To express a psychological condition* (Untuk mengekspresikan kondisi psikologis).
8. *To respect a social status* (Untuk menghargai status sosial).

Komunikasi juga terdapat beberapa bentuk atau tipe. Bentuk-bentuk komunikasi menurut La Mani dan Budi Guntoro adalah komunikasi dengan diri sendiri (*Intrapersonal Communication*), komunikasi antarpribadi (*Interpersonal*

Communication), komunikasi kelompok, komunikasi organisasi, komunikasi publik, dan komunikasi massa (Mani & Guntoro, 2020:38-41).

Proses komunikasi sangat kompleks karena termasuk neurologis, psikologis, dan fungsi fisik. Komunikasi dikatakan kontekstual karena komunikasi terjadi dalam situasi atau sistem tertentu yang mempengaruhi isi dan cara komunikasi serta makna pesan yang disampaikan. La Mani dan Budi Guntoro (2020:52) menyampaikan terdapat beberapa dimensi yang berkaitan dengan sifat kontekstual komunikasi yaitu konteks budaya, konteks lingkungan, kesempatan, waktu, dan jumlah orang. Konteks ini adalah salah satu faktor yang mempromosikan komunikasi yang efektif. Efektivitas komunikasi dapat diukur dari sejauh mana pesan/pemancar dapat dipahami oleh pendengar/komunikator. Komunikasi yang efektif juga dapat dilihat sejauh mana pesan yang disampaikan oleh komunikator/sumber dapat berdampak pada khalayak/komunikator pada tataran kognitif, emosional dan perilaku (Mani & Guntoro, 2020:177)

George C. Edwards III menjelaskan bahwa terdapat tiga faktor yang mempengaruhi keberhasilan komunikasi dalam implementasi kebijakan, yaitu: (Subarsono, 2012; Agustino, 2016; Widodo, 2021; C):

1. Transmisi, berkaitan dengan penyaluran komunikasi yang baik. Hal ini dilakukan untuk memastikan penegakan kebijakan yang tepat (Agustino, 2016). Selain itu, Kebijakan publik harus dikomunikasikan secara langsung dan tidak langsung melalui media tidak hanya kepada pelaksana kebijakan tetapi juga kepada aktor politik dan pemangku kepentingan lainnya (Widodo, 2021). Edward III juga berpendapat bahwa untuk

implementasi kebijakan yang sukses, perlu untuk mengkomunikasikan tujuan dan sasaran kebijakan kepada khalayak sasaran dan mengurangi bias dalam implementasi (Subarsono, 2012:90).

Ketika penegakan kebijakan dilakukan, para pelaksana kebijakan perlu memahami bahwa keputusan telah dibuat dan perintah eksekutif telah dikeluarkan sehingga kebijakan yang dikeluarkan tidak dapat diabaikan. Komunikasi ini diperlukan karena kesalahpahaman tentang keputusan yang dibuat masih sering terjadi (Winarno, 2016:157). Menurut Edwards III, seringkali terdapat beberapa hambatan komunikasi selama implementasi kebijakan (dalam Winarno, 2016:158). Pertama, ketidaksepakatan antara dan arahan dari pembuat kebijakan dapat dengan cepat menciptakan hambatan dan distorsi dalam komunikasi kebijakan. Kedua, informasi kebijakan melewati lapisan hierarki birokrasi. Struktur birokrasi yang kaku dan hirarkis juga dapat mempengaruhi tingkat efektivitas komunikasi kebijakan yang dilakukan, sehingga mendistorsi arahan eksekutif. Ketiga, persepsi selektif dan keengganan pelaksana untuk mengetahui kebutuhan politik.

2. Kejelasan, berkaitan dengan kejelasan dan tidak membingungkannya komunikasi atau informasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan (Agustino, 2016). Agar implementasi kebijakan berjalan sesuai rencana, pedoman implementasi harus disetujui oleh para penegak kebijakan dan komunikasi kebijakan harus jelas. Memang, pedoman yang diberikan kepada pelaksana kebijakan seringkali tidak jelas dan tidak merinci kapan

dan bagaimana program akan dilaksanakan, sehingga dapat menimbulkan salah tafsir atau bertentangan dengan maksud informasi (Winarno, 2016:158). Dengan kejelasan ini, kebijakan dikomunikasikan dengan jelas kepada pelaksana, tujuan kebijakan dan pemangku kepentingan lainnya, sehingga jelas tentang tujuan, sasaran, target, dan konten kebijakan. bekerja untuk mempersiapkan dan melakukan apa pun yang diperlukan untuk mencapai kebijakan tersebut. tujuan dapat tercapai secara efisien dan efektif (Widodo, 2021).

Menurut Edwards, ada enam faktor yang menyebabkan ambiguitas komunikasi politik, yaitu kompleksitas kebijakan publik, keinginan untuk tidak mengecewakan kelompok masyarakat, tidak adanya konsensus tentang tujuan politik, masalah dalam memulai kebijakan baru, menghindari hubungan politik. tanggung jawab dan sifat pembentukan pemerintahan. pengadilan (dalam Winarno, 2016:158).

3. Konsistensi, berkaitan dengan kejelasan dan konsistensi penyampaian informasi atau perintah suatu kebijakan harus tetap pada pendirian awal (Agustino, 2016). Konsistensi ini diperlukan untuk menghindari kebingungan dalam tindakan publik yang diambil dan di antara para pelaksana kebijakan, tujuan kebijakan, dan pemangku kepentingan. Efektivitas penegakan kebijakan dapat efektif ketika instruksi penegak harus konsisten dan jelas. Arahan penegakan kebijakan yang tidak konsisten membuat para penegak kebijakan terlalu lemah dalam

menginterpretasikan dan menegakkan kebijakan, sehingga kecil kemungkinan tujuan kebijakan akan tercapai (Winarno, 2016:158).

1.5.7. Program Keluarga Berencana

1.5.7.1. Dasar Hukum

Dasar hukum kebijakan KB mengacu pada pasal 78 Undang-Undang Kesehatan RI No. 36 Tahun 2009, yang mengatur bahwa pelayanan KB harus diatur untuk mengatur kehamilan pasangan. Undang-undang Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Nomor 52 Tahun 2009 menyebutkan bahwa Pedoman KB dibuat untuk membantu calon atau calon pasangan mengambil keputusan yang bertanggung jawab dan menggunakan hak reproduksinya. Pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memastikan penyampaian layanan keluarga berencana yang aman dan berkualitas tinggi yang memenuhi standar profesional dan etika, berkelanjutan, menjangkau komunitas mereka dan terjangkau. Pengembangan dan peningkatan kebijakan, program dan pelayanan KB nasional dan daerah harus mencakup empat sub-program (Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2021:12) :

1. Advokasi dukungan dari para pemangku kepentingan termasuk tokoh agama dan tokoh masyarakat;
2. Kegiatan program KIE untuk membangun permintaan dan kebutuhan ber-KB dari masyarakat terutama ibu serta PUS;
3. Sistem logistik dan distribusi alat kontrasepsi, obat dan peralatan;

4. Pelayanan konseling dan kontrasepsi di fasilitas layanan kesehatan, termasuk dokter dan praktik mandiri bidan.

1.5.7.2. Tujuan dan Sasaran Kebijakan

Melalui program KB diharapkan setiap keluarga mampu melaksanakan rencana jumlah anak sesuai dengan kondisi sosial ekonomi keluarga. Selain itu, sebagai langkah mengatur perkawinan melalui program Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), serta peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga sebagai bagian dari pembangunan nasional. Program Keluarga Berencana dikembangkan sesuai Undang-Undang RI Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga pasal 20, dengan tujuan

1. Menentukan masa kehamilan yang diinginkan
2. Menjaga kesehatan, menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak;
3. Meningkatkan akses dan kualitas layanan informasi, pendidikan, konseling dan KB/Kelahiran;
4. Meningkatkan partisipasi pria dalam kegiatan KB;
5. Penganjuran pemberian ASI sebagai upaya untuk meningkatkan jarak antar kehamilan.

Tujuan Pelayanan KB yang direkomendasikan adalah :

1. Menunda kehamilan pada pasangan muda, ibu yang belum berusia 20 tahun, atau klien yang memiliki masalah Kesehatan;
2. Mengatur jarak kehamilan pada klien yang berusia antara 20 sampai 35 tahun;
3. Pada klien yang berusia >35 tahun diharapkan tidak hamil lagi;
4. Mengatur jumlah anak yaitu klien telah menikah, yang mempunyai anak > 2, diharapkan tidak hamil lagi.

Sasaran Gerakan KB Nasional terbagi menjadi 2 (dua) yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung.

1. Sasaran KB Langsung

Sasaran langsung ditujukan pada Pasangan Usia Subur (PUS) dengan pasangan wanitanya (WUS) berusia antara 15-49 tahun yang dapat mengakibatkan kehamilan terutama di usia lebih dari 49 tahun, sehingga diharapkan menjadi peserta KB aktif lestari dalam penurunan fertilitas/kelahiran.

2. Sasaran KB Tidak Langsung

- a. Kelompok remaja (15-19 tahun), merupakan kelompok beresiko untuk melakukan hubungan seksual yang mengakibatkan kehamilan. Sehingga program KB mengarah pada upaya preventif dan promotif.

- b. Stakeholders seperti Organisasi, Lembaga Masyarakat, Instansi Pemerintah maupun swasta, tokoh masyarakat, tokoh agama, pelaksana dan pengelola KB yang merupakan pemberikan dukungan dalam pelebagaan KB.
- c. Daerah pertumbuhan penduduk tinggi dan daerah khusus (pusat industri, daerah pesisir, daerah terpencil, daerah padat penduduk dan permukiman kumuh).

Strategi untuk mencapai tujuan program KB antara lain: (a) mendukung perkembangan anak usia subur melalui kegiatan advokasi, komunikasi, edukasi dan informasi yang terencana dan terkoordinasi dengan personel kunci Komisi Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; permintaan keluarga berencana di kalangan pasangan. BKKBN). (b) Pemenuhan kebutuhan KB oleh pelayanan kontrasepsi dalam penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi yang menjadi tanggung jawab utamanya di lingkungan Kementerian Kesehatan (Kemenkes); Lembaga program KB bekerja sama dan berkoordinasi dengan banyak pemangku kepentingan, antara lain pemerintah daerah, dinas/mitra terkait, dan pihak swasta, termasuk masyarakat setempat.

Partisipasi pria/suami dalam keluarga berencana adalah tanggung jawab pria dalam bentuk partisipasinya untuk ber-KB sesuai dengan amanat perundang-undangan Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan, serta atas perilaku seksualnya sendiri

yang sehat dan aman, pasangannya dan keluarganya (Selviani, 2010 dalam Arifin, Sutomo, & Wahyudi, 2018:87) terutama dalam urusan, memberikan dukungan kepada wanita dalam KB dan mendorong masyarakat umum. Partisipasi ini merupakan cara untuk memenuhi hak laki-laki atas informasi dan akses terhadap pelayanan KB (yang aman, efektif, terjangkau dan fleksibel) sehingga mereka dapat memilihnya.

1.5.7.3. Kontrasepsi Keluarga Berencana

Konsep Keluarga Berencana sangatlah berbeda dengan *birth control* atau yang memiliki arti pembatasan/penghapusan kelahiran (*tahdid al-nasl*). Dimana menurut Yakub (dalam Fauzie Rahman & dkk, 2017:3) bahwa istilah *birth control* dapat berkonotasi negatif karena bisa diartikan sebagai aborsi dan sterilisasi (pemandulan). Oleh karena itu, konsep KB bertujuan untuk mengatur perencanaan kelahiran pasangan dan jarak kelahiran, serta menentukan jumlah anak sesuai dengan kemungkinan dan keadaan masyarakat dan negara. Rencana tersebut mengacu pada penggunaan yang disepakati bersama atas apa yang disebut metode kontrasepsi secara konsensual untuk mengatur fertilitas guna menghindari kesulitan kesehatan, sosial dan ekonomi.

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan sementara atau permanen (Matahari, Utami, & Sugiharti, 2018:25). Pelayanan kontrasepsi merupakan bentuk dukungan yang memperkuat penerimaan terhadap konsep KB untuk menurunkan fertilitas secara

bermakna. Oleh karena itu, diadopsi pedoman yang mengklasifikasikan perempuan ke dalam tiga tahap: tahap akhir perkawinan/fertilitas, tahap pemisahan kehamilan, dan tahap kehamilan/pengakhiran kesuburan/aborsi. Tujuannya adalah untuk melindungi ibu dan anak jika terjadi kelahiran dini, kelahiran terlalu dekat, atau kelahiran tua.

Terdapat berbagai macam obat dan alat kontrasepsi dalam program Keluarga Berencana menurut Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran, yang ditunjukkan oleh Tabel 1. 10

Tabel 1. 10. Jenis Pilihan Metode Kontrasepsi

Jenis Metode Kontrasepsi	Pilihan	Penjelasan
Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (Hormonal)/Non MKJP	Suntikan	Memasukan obat kontrasepsi melalui suntikan.
	Pil	Kontrasepsi obat progestogen (pil mini).
	Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)/Implan	Disebut implan, digunakan pada kulit di bawah lengan atas dan biasanya digunakan pada tangan kiri.
	Kondom	Terbuat dari berbagai bahan antara lain lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang ditempelkan pada penis saat berhubungan.
Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non Hormonal)/MKJP/ Kontrasepsi Mantap	Metode Operasi Wanita (MOW)/Tubektomi	Operasi kecil untuk memotong, mengikat, atau memasang cincin di tuba falopi untuk menghentikan pembuahan wanita.
	Metode Operasi Pria (MOP)/Vasektomi	Fungsi reproduksi berhenti secara permanen pada pria yang tidak lagi ingin memiliki anak.
	Alat Kontrasepsi	Pemasangan Cooper T pada Rahim

	Dalam Rahim (AKDR)/IUD	wanita dan bekerja secara mekanik.
Kontrasepsi Alamiah	Metode Amenoreo Laktasi (MAL)	ASI eksklusif, tidak ada makanan atau minuman lain.

Sumber: (diolah peneliti)

Masing-masing jenis pilihan metode kontrasepsi di atas memiliki tingkat efektifitas yang berbeda apabila dipakai, terlihat seperti pada Gambar 1. 4

Gambar 1. 4. Tingkat Efektifitas Metode Kontrasepsi

Metode Kontrasepsi	Kehamilan per 100 perempuan dalam 12 bulan pertama pemakaian		Metode Kontrasepsi	Kehamilan per 100 perempuan dalam 12 bulan pertama pemakaian	
	Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa		Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa
Implan	0,05	0,05	Kondom pria	2	15
Vasektomi	0,1	0,15	Metoda penilaian ovulasi	3	
AKDR LNG	0,2	0,2	Metoda Simptotermal	4	
Tubektomi	0,5	0,5	Metode Kalender	5	
AKDR TCu 380A	0,6	0,8	Diafragma dengan spermisida	6	16
Metode amenore laktasi (6 bulan)	0,9	2	Kondom wanita	5	21
Suntikan kombinasi sebulan sekali	0,05	3	Metoda alamiah lainnya		25
Suntikan progestin	0,3	3	Senggama terputus	4	27
Pil kombinasi	0,3	8	Spermisida	18	29
Pil Progestin	0,3	8	Tudung serviks	26 ; 9	32 ; 16
Koyo kombinasi	0,3	8	Tidak menggunakan kontrasepsi	85	85
Cincin vagina kombinasi	0,3	8			

0 - 0,9	1 - 9	10 - 25	26 - 32
Sangat Efektif	Efektif	Cukup Efektif	Kurang Efektif

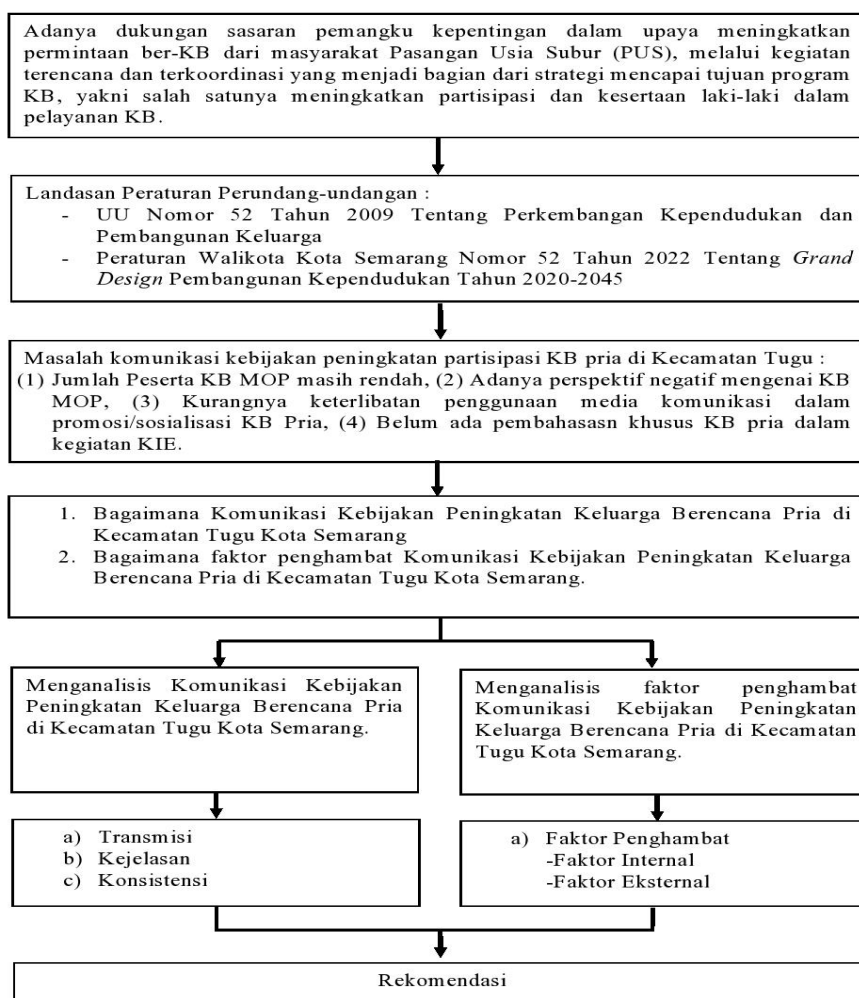
Sumber: (Matahari et al., 2018:32)

Metode kontrasepsi AKBK/implant, vasektomi/MOP, AKDR/IUD, dan tubektomi/MOW, memiliki tingkat keefektifan yang sangat tinggi apabila dilakukan dengan tepat dan konsisten maupun biasa. Jenis-jenis tersebut juga didominasi oleh jenis metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) yakni vasektomi/MOP, AKDR/IUD, dan tubektomi/MOW. Hal ini menunjukkan bahwa MKJP memiliki tingkat resiko rendah dalam memicu fertilitas (dalam 12 bulan pemakaian). Metode lainnya merupakan metode kontrasepsi sederhana yang jarang digunakan bahkan dikenal dengan kontrasepsi tradisional.

1.5.8. Kerangka Pemikiran Penelitian

Berikut ini pada Gambar 1. 5 merupakan model kerangka pemikiran yang untuk memperjelas dan mempertajam sebagai arahan penelitian sesuai dengan kerangka teori yang telah diuraikan, yakni sebagai berikut:

Gambar 1. 5. Model Kerangka Pemikiran



Sumber: diolah peneliti

1.6 Operasionalisasi Konsep

1.6.1. Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang

Konsep yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah konsep komunikasi model Edward III yang dilihat dari aspek transmisi, kejelasan, dan konsistensi kebijakan. Dimana komunikasi kebijakan akan berjalan efektif apabila kebijakan dikomunikasikan kepada pelaksana maupun kelompok sasaran/kepentingan sehingga mereka mengetahui serta memahami mengenai apa yang akan mereka kerjakan, tujuan dan sasaran kebijakan, serta sikap dan tanggapan dari semua yang terlibat didalamnya. Selain itu, efektivitas komunikasi dapat diukur dari sejauh mana pesan yang disampaikan oleh komunikator/sumber dapat dipahami dengan jelas oleh khalayak/komunikator. Dalam hal komunikasi kebijakan KB pria, kelompok sasaran memiliki hak untuk mendapatkan informasi dan edukasi yang lengkap dan akurat mengenai program KB pria, serta jenis dan manfaat alat/obat kontrasepsi pria. Hal ini mengingat bahwa keikutsertaan laki-laki/suami dalam KB merupakan tanggung jawab laki-laki dalam bentuk keikutsertaan KB dapat meningkatkan partisipasi.

Penelitian mengenai Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang adalah pemberian KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) sebagai upaya sosialisasi program meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku sosial khususnya tentang KB pria.

Komunikasi yang terjalin dalam kebijakan tersebut diantaranya Dinas Pengendalian Penduduk dan KB Kota Semarang Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), pihak Kecamatan (Kasi Kesejahteraan Sosial dan Pokja IV PKK), dan pihak sasaran kebijakan yang dalam ini para pria (suami) maupun Pasangan Usia Subur (PUS). Komunikasi yang terjalin tersebut akan membentuk kesertaan pria dalam kebijakan penyelenggaraan Keluarga Berencana. Dimana komunikasi kebijakan akan diidentifikasi sebagai berikut:

a. Transmisi

Proses kelancaran penyaluran informasi Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang kepada sasaran kebijakan pada saat kegiatan penyampaian informasi dan penyuluhan program disampaikan kepada kelompok sasaran yang dilihat dari:

- Mengkomunikasikan maksud, tujuan, sasaran, dan substansi kebijakan kepada pelaksana kebijakan, kelompok sasaran kebijakan, maupun kelompok-kelompok kepentingan lainnya.
- Tidak terjadinya kesalahpahaman kebijakan.
- Kebijakan dapat dikomunikasikan dengan baik dalam struktur birokrasi maupun ke sasaran kebijakan.
- Terdapat kemauan dan tidak diabaikannya pelaksanaan kebijakan oleh pelaksana kebijakan.
- Strategi yang diterapkan oleh pelaksana kebijakan.

- Ketersediaan informasi kebijakan KB pria.
- Keterlibatan media komunikasi dalam sosialisasi kebijakan

b. Kejelasan

Seberapa jelasnya informasi yang disampaikan terkait Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang dalam pemberian informasi mengenai Alat/Obat dan Metode Kontrasepsi pria yang tidak menimbulkan kesalahpahaman akseptor, dilihat dari:

- Maksud, tujuan, sasaran, dan substansi kebijakan dikomunikasikan dengan jelas serta dipahami dengan baik oleh pengambil kebijakan kepada pelaksana kebijakan, sasaran kebijakan, dan kelompok-kelompok kepentingan.
- Waktu pelaksanaan kebijakan ditentukan dan disampaikan oleh pengambil kebijakan kepada pelaksana kebijakan.
- Pelaksana kebijakan mengetahui bagaimana melaksanakan kebijakan.
- Dapat terselesaikannya masalah-masalah yang dihadapi oleh pengambil kebijakan maupun pelaksana kebijakan.

c. Konsistensi

Pelaksanaan komunikasi kebijakan Keluarga Berencana Pria merupakan tindakan pemberian intruksi berupa informasi secara berkelanjutan dan tidak diharapkan akan berhenti, serta kebijakan tidak mengalami perubahan terus menerus yang memunculkan

berbagai perspektif. Hal ini agar kebijakan memperoleh hasil yang meningkat tiap priodik tertentu. Maka terdapat suatu tujuan dan harapan baru untuk dijalankan kedepannya. Konsistensi informasi dapat dilihat dari:

- Tidak terjadi perubahan penyampaian informasi kebijakan oleh pengambil kebijakan dan pelaksana kebijakan kepada sasaran kebijakan maupun kelompok kepentingan.
- Tidak adanya simpang siur informasi kebijakan.

1.6.2. Faktor Penghambat Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang

Konsep untuk meneliti faktor penghambat adalah dengan konsep Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang, fenomena yang diamati yaitu faktor apa saja yang menjadi penghambat komunikasi kebijakan Keluarga Berencana Pria kepada sasaran kebijakan yakni para pria (suami) dan Pasangan Usia Subur (PUS) yang dilakukan oleh Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana Kecamatan Tugu. Faktor penghambat komunikasi kebijakan Keluarga Berencana Pria diidentifikasi sebagai berikut faktor yang menghambat keberhasilan komunikasi kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang.

1.7 Argumen Penelitian

Penelitian mengenai Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang ini, peneliti beragumen bahwa rendahnya pihak pria (suami) dalam berpartisipasi dengan menggunakan MOP/vasektomi dikarenakan mereka belum mengetahui dan memahaminya, sehingga masih adanya mitos MOP/vasektomi yang akan mengganggu dan menurunkan tingkat seksualitas pada pria. Hal tersebut disebabkan karena tidak meratanya promosi/sosialisasi khusus mengenai KB Pria maupun MOP/vasektomi, sasaran KIE KB yang hanya ditujukan di forum kegiatan istri (ibu-ibu) saja, serta belum terbentuknya Paguyuban Priyo Utomo di tingkat Kecamatan sebagai penggerak KB Pria di lini masyarakat. Komunikasi kebijakan akan efektif apabila dalam mensosialisasikan KB Pria dilakukan secara tepat, jelas, dan konsisten.

1.8 Metode Penelitian

1.8.1. Tipe Penelitian

Desain penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif. Tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk membuat prediksi yang sistematis, faktual, dan akurat tentang peristiwa dan karakteristik populasi atau wilayah tertentu (Suryabrata, 2012:75). Di sini peneliti mengumpulkan semua data yang relevan dengan pertanyaan penelitian, menganalisisnya dan membandingkannya dengan kenyataan saat ini, mencoba mencari solusi untuk masalah tersebut.

Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang mempelajari keadaan objek alamiah (kebalikannya adalah eksperimen), peneliti berfungsi sebagai instrumen tertutup, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono, 2014:1). Metode ini digunakan untuk mendapatkan data mendalam yang mengandung makna, yakni data sebenarnya atau nilai di balik data yang tampak. Generalisasi dalam penelitian kualitatif disebut dengan *transferability*, artinya karakteristik hasil penelitian tidak berubah secara signifikan (Sugiyono, 2014:3).

1.8.2. Situs Penelitian

Studi peneliti kualitatif berlangsung dalam situasi alamiah dan tidak melakukan manipulasi latar (*setting*) penelitian. Lokasi penelitian ini adalah Balai Penyuluhan KB Tugu, Puskesmas, Kecamatan Tugu, serta Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (Disdalduk KB) Kota Semarang.

1.8.3. Subjek Penelitian

Subjek atau informan penelitian merupakan orang-orang yang memberikan informasi. Peneliti memilih beberapa pihak sebagai informan untuk mendapatkan data mengenai penelitian ini. Informan dipilih berdasarkan pertimbangan dari peneliti bahwa informan ini dianggap paling memahami fokus penelitian ini. Teknik pemilihan informan menggunakan teknik *purposive*, *snowball*, dan *accidental sampling*. Teknik pemilihan informan

menggunakan teknik *purposive* merujuk pada Koordinator Petugas Lapangan Keluarga Berencana Kecamatan Tugu dan Sub Koordinator Kepesertaan Keluarga Berencana Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang. Teknik pemilihan subjek penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* atau informan yang terpilih, dimana pengambilan data dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2013:300). Informan-informan tersebut memberikan petunjuk informan lainnya yang dapat memberikan data dan informasi selanjutnya tentang komunikasi kebijakan keluarga berencana pria di Kecamatan Tugu sesuai teknik *snowball sampling*. Informan yang ditentukan berdasarkan teknik *snowball sampling* tersebut adalah Sub Koordinator Advokasi dan Pergerakan Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang, Staf Analisis Pembinaan KB Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang, Tim Pokja IV Kecamatan Tugu, Ketua Pemberdayaan Keluarga Kecamatan Tugu, Kasi Kesejahteraan Sosial Kecamatan Tugu, serta Peserta Keluarga Berencana Metode Operasi Pria Kecamatan Tugu. Selain itu, informan yang ditentukan menggunakan teknik *accidental sampling* adalah masyarakat umum Kecamatan Tugu. Berikut adalah informan pada penelitian ini:

Tabel 1. 11. Daftar Informan Penelitian

No.	Informan	Pekerjaan/Jabatan
1.	Informan 1	Koordinator Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) Kecamatan Tugu
2.	Informan 2	Sub Koordinator Kepesertaan Keluarga Berencana Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang

3.	Informan 3	Sub Koordinator Advokasi dan Pergerakan Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang
4.	Informan 4	Staf Analisis Pembinaan KB Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang
5.	Informan 5	Ketua PKK Kecamatan Tugu
6.	Informan 6	Ketua Pokja IV Kecamatan Tugu
7.	Informan 7	Anggota Pokja IV Kecamatan Tugu
8.	Informan 8	Kasi Kesejahteraan Sosial Kecamatan Tugu
9.	Informan 9	Peserta Keluarga Berencana Metode Operasi Pria Kecamatan Tugu
10.	Informan 10	Masyarakat Umum Kecamatan Tugu

1.8.4. Jenis Data

Jenis data pada pendekatan kualitatif bersumber pada data utama, dimana menurut Lofland dan Lofland (dalam Moloeng, 2012:157), yakni

1) Kata – kata dan tindakan

Kata – kata dan tindakan merupakan sumber utama dalam penelitian ini, yang diperoleh peneliti dari hasil wawancara informan dan pengamatan dari penelitian.

2) Sumber tertulis

Sumber tertulis diperoleh dari buku, jurnal, internet, dokumen resmi, serta dokumen lain (data sekunder) yang relevan dengan topik penelitian ini.

1.8.5. Sumber Data

1) Data Primer

Sumber data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber aslinya berdasarkan hasil wawancara dan observasi langsung berupa jawaban atas pertanyaan informan/informan.

2) Data Sekunder

Data sekunder bersumber pada data yang diperoleh secara tidak langsung dari sumber asal, dan berperan sebagai data pendukung dari data primer. Data sekunder pada penelitian ini antara lain, Data Cakupan dan target Angka Kelahiran Total (TFR), Target program KB per tahun, Jumlah Akseptor aktif KB, Rasio Akseptor KB per 100 PUS (15-49 tahun), Jumlah PUS, Cakupan PUS yang isterinya <20 tahun, Jumlah pengguna alat/obat kontrasepsi KB MKJP/Modern dan Non MKJP, Cakupan dan target *Unmetneed*, Capaian dan target KB MOP per Kecamatan di Kota Semarang, Jumlah kader/petugas KB, serta data pendukung lainnya yang berhubungan dengan penelitian. Data sekunder tersebut adalah data 10 tahun terakhir dengan tahun dasar 2011 di wilayah Indonesia, Provinsi Jawa Tengah, Kota Semarang khususnya kecamatan Tugu.

1.8.6. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2014:308) pada penelitian kualitatif pengumpulan data dilakukan pada *natural setting*, melalui

1) Observasi

Observasi mengandung proses pengamatan dalam pelaksanaannya. Peneliti dapat mendasarkan penelitiannya hanya pada data yang diperoleh selama observasi, yaitu fakta tentang situasi nyata, seperti mengamati bagaimana komunikasi yang dilakukan pelaksana pada program KB pria dan tanggapan masyarakat sasaran KB pria.

2) Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data dengan langsung meminta informasi kepada informan yang relevan. Peneliti menggunakan wawancara mendalam dengan pendekatan yang disesuaikan (informan terpilih) dan pedoman wawancara yang memuat pertanyaan-pertanyaan untuk informan.

3) Dokumentasi

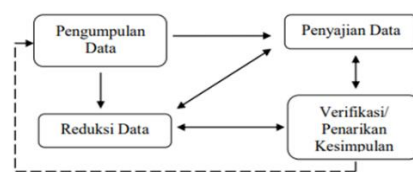
Peneliti menggunakan alat perekam, telepon genggam dan kamera untuk membuat dokumen penelitian dan mengumpulkan dokumen, data dan informasi dari mana saja yang relevan dengan topik penelitian.

1.8.7. Analisis dan Interpretasi Data

Analisis data dengan menggunakan teknik kualitatif bersifat induktif, dimana data yang diperoleh dianalisis dan dikembangkan lebih lanjut menjadi asumsi-asumsi yang mendasari penelitian. Kemudian lanjutkan mengumpulkan data lain dan menarik kesimpulan. Analisis data dalam

penelitian ini menggunakan model Miles dan Huberman. Dimana Miles dan Huberman (dalam Sugiyono, 2014:91) berpendapat bahwa kegiatan analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan terus berkembang menuju penyelesaian hingga datanya jenuh.

Gambar 1. 6. Model Miles dan Huberman



Sumber : (Sugiyono, 2014:91)

Aktivitas analisis data yang digunakan peneliti seperti pada Gambar 1. 6 adalah sebagai berikut:

1) Reduksi data (*data reduction*)

Mereduksi data berarti meringkas, memilih apa yang penting, dan berfokus pada apa yang penting. Ini memungkinkan data yang direduksi untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang pengamatan. Langkah ini memudahkan pengumpulan data dan pencarian peneliti lebih lanjut.

2) Penyajian data (*data display*)

Data kualitatif dapat direpresentasikan dalam teks deskriptif atau naratif, grafik, matriks, dan bagan. Menyajikan data dan menjelaskan penelitian membantu peneliti memahami apa yang sedang terjadi.

3) Kesimpulan dan Verifikasi (*conclusion drawing/verification*)

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif digunakan untuk menjawab rumusan masalah yang telah dirumuskan dari terlebih dahulu, namun dalam

penelitian kualitatif rumusan masalah masih bersifat sementara dan bisa saja tidak, karena berkembang setelah berada di lapangan. Temuan dari penelitian kualitatif merupakan wawasan baru yang belum pernah terlihat sebelumnya. Penelitian ini menggunakan analisis data yang diawali mengumpulkan data, selanjutnya mereduksi data untuk merangkum dan memilah data, kemudian hasil reduksi tersebut disajikan (*display*), sehingga nantinya peneliti mudah ketika akan menarik kesimpulan penelitian.

1.8.8. Kualitas Data

Kualitas data bertujuan untuk memverifikasi validitas data melalui teknik inspeksi (pemeriksaan). Teknik ini didasarkan pada banyak kriteria seperti tingkat kepercayaan, portabilitas, keandalan, dan keamanan. Penelitian kualitatif membutuhkan pengujian data untuk memastikan kualitas data yang valid dan reliabel. Jika peneliti melaporkan tidak ada perbedaan dari apa yang terjadi pada subjek yang diteliti, hasilnya akan diverifikasi. Teknik pengujian (*triangulasi*) data digunakan dalam penelitian ini. *Triangulasi* merupakan salah satu jenis teknik validasi data (*pengujian kehandalan data*) dan terdiri dari:

1. **Triangulasi Sumber**, pengujian dengan meninjau data dari berbagai sumber.
2. **Triangulasi Teknik**, pengujian dengan cara memeriksa data dari sumber yang sama dengan menggunakan teknik yang berbeda.

3. **Triangulasi Waktu**, merupakan triangulasi yang sering mempengaruhi reliabilitas data. Oleh karena itu, diuji dengan wawancara, observasi, atau metode verifikasi lainnya pada waktu yang berbeda atau dalam situasi yang berbeda.

Berdasarkan penjelasan di atas, peneliti menggunakan dua jenis triangulasi. Yang pertama adalah triangulasi sumber. Di sinilah peneliti membandingkan data yang diperoleh dari berbagai sumber selama penyelidikan. Kedua, dengan teknik seperti observasi, wawancara, dan pembuktian.

Kemudian untuk menguji kualitas data dilakukan sebagai berikut:

- 1) Perbandingan data observasi dan wawancara.
- 2) Bandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang mereka katakan secara pribadi.
- 3) Perbandingan data yang diperoleh dari informan dan data dari dokumen yang relevan.
- 4) Bandingkan perspektif dan situasi yang berbeda, karena setiap orang memiliki pendapat dan perspektif yang berbeda.

Pengujian kualitas data tersebut dilakukan oleh peneliti untuk menghasilkan data yang *valid* dan *reliabel* dalam rangka menganalisis Komunikasi Kebijakan Keluarga Berencana Pria di Kecamatan Tugu Kota Semarang.