DESENTRALISASI PROGRAM KELUARGA BERENCANA: TANTANGAN DAN PERSOALAN KASUS PROVINSI KALIMANTAN BARAT

THE DECENTRALIZATION OF THE FAMILY PLANNING PROGRAM: CHALLANGES AND ISSUES, THE WEST KALIMANTAN PROVINCE CASE

Sri Sunarti Purwaningsih

Peneliti pada Pusat Penelitian Kependudukan Indonesia srisunartipurwaningsih@yahoo.com

Abstract

One of the main objectives of regional autonomy is to improve the access and quality of services given by the government. However, the implementation of it actually faces several problems, and that includes the family planning sector. This paper is intended to raise a discussion related to the challenges and issues that were faced while implementing the decentralization of the family planning sector in the national level, and in specific the West Kalimantan Province's case. On the national level, the challenges that are encountered, among other things, are: The changes in the authority and organizational structure of the family planning; budget reductions and human resources; and the declining of the population performance indicator. When it comes to the West Kalimantan Province's case, the challenges in managing the family planning program were in consequence of, among other things, the decrease of the PLKB's number, and the ability of the local government's budget to providing contraceptives. This was especially so after the implementation of regional autonomy. After the decentralization of the family planning program, in general the local governments' (regency/city) commitment has deflated compared to the era when decentralization was not yet implemented. In order to address these problems, the revitalization of the family planning program has been initiated by the central government. Family planning needs to be re-emboldened, equipped with right synergy between the local governments (provincial and regional) and the central government.

Keywords: Regional autonomy, decentralization of the Family Planning Program, revitalization of the Family Planning Program, synergy between the central and local governments, West Kalimantan

Abstrak

Salah satu tujuan utama pelaksanaan otonomi daerah adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan, dalam implementasinya, justru menghadapi berbagai persoalan, demikian pula untuk bidang keluarga berencana. `Tulisan ini bertujuan mengemukakan bahasan terkait dengan tantangan dan persoalan yang dihadapi dalam implementasi desentralisasi bidang KB baik di tingkat nasional maupun kasus di Provinsi Kalimantan Barat. Pada tingkat nasional, tantangan yang dihadapi di antaranya perubahan kewenangan dan struktur organisasi pengelola Keluarga Berencana, berkurangnya anggaran dan SDM, serta menurunnya capaian indikator kependudukan. Demikian pula di Provinsi Kalimantan Barat, kendala dalam penyelenggaran program keluarga berencana antara lain karena penurunan jumlah PLKB dan kemampuan anggaran pemerintah daerah dalam menyediakan alat kontrasepsi terutama setelah pemberlakuan kebijakan otonomi daerah. Setelah adanya desentralisasi program KB, secara umum terlihat adanya kecenderungan penurunan komitmen pemerintah daerah kabupaten/kota terhadap program KB dibandingkan dengan era sebelumnya. Menghadapi berbagai persoalan tersebut, program revitalisasi program KB yang telah digagas oleh pemerintah pusat, perlu digalakkan kembali disertai dengan sinergi antara pemerintah daerah (Provinsi dan kabupaten) bersama-sama dengan pemerintah pusat.

Kata Kunci: otonomi daerah, desentralisasi program Keluarga Berencana, revitalisasi program KB, sinergi antara pemerintah pusat dan daerah, Kalimantan Barat

PENDAHULUAN

Sejalan dengan pelaksanaan otonomi daerah dan lahirnya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 (yang saat ini telah diperbarui menjadi UU No.32 Tahun 2004) tentang Pemerintah Daerah, maka berbagai sektor telah didesentralisasikan ke daerah termasuk bidang Keluarga Berencana (KB). Desentralisasi bidang KB diawali dengan lahirnya Keputusan Presiden No. 103 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen (LPND) sebagai peraturan turunan atau tindak lanjut dari UU No.22 Tahun 2009. Dalam Keppres tersebut, dikemukakan terdapat 25 LPND yang mempunyai tugas khusus dan bertanggung jawab kepada presiden, termasuk BKKBN. Dengan demikian, sebagian tugas pemerintahan yang dilaksanakan oleh BKKBN dialihkan secara bertahap kepada pemerintah daerah yang berlaku selambat-lambatnya 31 Desember 2003. Keputusan Presiden No.103 Tahun 2001, kemudian diperbarui menjadi Keputusan Presiden No. 30 Tahun 2003, bahwa pada awal tahun 2004, berbagai program keluarga berencana menjadi kewenangan pemerintah daerah.

Pelaksanaan desentralisasi bidang Keluarga Berencana juga bertepatan dengan adanya Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2003, tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah yang membatasi jumlah kelembagaan di tingkat Kabupaten/Kota maksimal sebanyak 14 lembaga berbentuk dinas, serta delapan buah lembaga berbentuk badan dan kantor. Meskipun pada perkembangannya PP tersebut saat ini telah diganti menjadi PP No. 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah, akan tetapi tetap terjadi perubahan kelembagaan. Kondisi

tersebut telah melahirkan persoalan baru bagi program KB di lapangan. Bagi pemerintah daerah yang kurang memprioritaskan program KB, maka institusi KB yang ada akan diintegrasikan dengan institusi lainnya. Lembaga KB yang berdiri sendiri akan lebih mudah menjalankan tupoksi (tugas pokok dan fungsi) serta lebih terfokus dalam implementasi program-program KB. Lembaga KB yang dimerger/digabung, cenderung kurang efisien dalam implementasi program-program KB karena terbatasnya sumber daya baik pendanaan maupun sumber daya manusia pengelola program. Dengan demikian, hal yang paling penting adalah peran, kepedulian dan komitmen pemerintah daerah (baik unsur eksekutif maupun legislatif di daerah) terhadap pentingnya KB.

Pemerintah pusat, sebetulnya telah menyadari adanya penurunan kinerja dan capaian target indikator kependudukan. Untuk itu, pada tahun 2007, lahir PP Nomor 38 tahun 2007, yang menguatkan bahwa urusan pemerintahan bidang KB merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh pemerintah daerah. Hal ini kemudian diperkuat dengan pernyataan secara eksplisit Presiden RI Susilo Bambang Yudhoyono dalam Rancangan Kerja Pemerintah (RKP) tahun 2009, bahwa jendela kesempatan untuk Indonesia yang menguntungkan pembangunan tidak akan pernah tercapai bahkan akan merugikan bila laju pertumbuhan penduduk tidak dikendalikan dan kualitas penduduk tidak ditingkatkan secara terus-menerus dan konsisten, antara lain melalui kegiatan KB.

Tulisan ini akan mengemukakan pembahasan tentang tantangan dan persoalan pelaksanaan implementasi program KB di era otonomi daerah baik pada tingkat makro (nasional) maupun pada tingkat Provinsi yaitu Provinsi Kalimantan Barat. Sumber data yang digunakan dalam kajian ini adalah data sekunder seperti dokumen peraturan perundangan, hasil-hasil penelitian yang relevan, maupun data kualitatif berdasarkan hasil-hasil kajian yang telah dilakukan oleh Puslit kependudukan – LIPI.

DESENTRALISASI BKKBN DAN TANTANGANNYA

BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) telah diakui secara nasional maupun internasional sebagai pengelola program Keluarga Berencana (KB) yang sukses pada masa pemerintahan Orde Baru. Suksesnya pelaksanaan keluarga berencana oleh BKKBN tersebut karena adanya kemampuan mengelola dimensi politik dari program keluarga berencana di tingkat nasional. Paling tidak ada tiga dimensi politik yang berhasil dilaksanakan oleh BKKBN dalam mengelola keluarga berencana, yaitu (1) merangkul para ulama yang berbeda pandangan tentang keluarga berencana; (2) mengatasi kekurangan sumber daya manusia; dan (3) memanfaatkan birokrasi politik dalam pelaksanaan program (J. Hugo, 1987).

Di tingkat nasional, pelaksanaan program KB telah mencapai beberapa keberhasilan dalam kurun waktu tiga dasawarsa yang ditandai dengan semakin diterimanya norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera oleh masyarakat. Keberhasilan tersebut tercermin dari semakin mengecilnya rata-rata jumlah anak yang dimiliki keluarga; tingginya angka kesetaraan ber-KB; menurunnya angka kematian ibu, bayi dan anak serta menurunnya angka pertumbuhan penduduk. Di samping itu, melalui pendekatan kemasyarakatan dalam pengelolaan program telah berhasil pula mengikutisertakan lembaga swadaya masyarakat (LSM), sektor swasta, dan masyarakat untuk secara aktif berpartisipasi dalam program KB. Salah satu indikator keikutsertaan masyarakat dan sektor swasta dalam program KB adalah berkembangnya kelembagaan masyarakat dalam menumbuhkan kesadaran masyarakat dan membantu program KB di tingkat desa dan dusun serta tingginya kemandirian masyakat dalam ber-KB.

Di kancah internasional, keberhasilan Program KB di Indonesia telah pula diakui dan ditetapkan menjadi salah satu "center of excellence" di bidang kependudukan dan keluarga berencana. Program KB di Indonesia menjadi salah satu model success story pelaksanaan keluarga berencana di negara berkembang yang banyak ditiru oleh negara-negara berkembang di dunia. Hal ini ditandai dengan banyaknya delegasi dari berbagai negara di dunia yang datang untuk mempelajari keberhasilan Indonesia dalam melaksanakan program KB. Selain belajar, banyak negara yang juga menjalin kerjasama bilateral dalam pelaksanaan keluarga berencana. Kerja sama bilateral tersebut antara lain terwujud dari adanya bantuan teknik (technical assisstance) dan pelatihan bagi para pengelola program KB di beberapa negara berkembang.

Sejalan dengan era globalisasi reformasi dan demokrasi yang menjadi paradigma universal, dalam melaksanakan visi dan misi program, pengelolaan Program KB Nasional pada masa-masa mendatang perlu memperhatikan isu-isu yang berkembang di masyarakat baik ditingkat nasional maupun internasional. Isu-isu penting seperti hak-hak reproduksi, kesehatan reproduksi pemberdayaan perempuan, kesetaraan dan keadilan gender (termasuk partisispasi pria), perlindungan terhadap masyarakat miskin, dan hak asasi manusia akan menjadi acuan dalam pelaksanaan Program KB Nasional di masa depan.

Perubahan Kewenangan dan Struktur Organisasi Pengelola Keluarga Berencana

Adanya desentralisasi menyebabkan pendekatan-pendekatan dalam mengelola KB yang selama ini dilakukan BKKBN untuk mengemban dan melaksanakan visi dan misinya tersebut menemui banyak kendala untuk dimplementasikan. Desentralisasi di era otonomi daerah akan membawa perubahan pada

kewenangan dan struktur organisasi pengelola KB di daerah (provinsi dan kabupaten) serta hubungan kerja yang bersifat hierarki antara BKKBN pusat dengan pengelola KB di tingkat kabupaten dan provinsi. Perubahan-perubahan tersebut selanjutnya akan berpengaruh pada suasana dan kinerja (corporate culture) BKKBN di daerah yang selama ini telah terbangun.

Dengan adanya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang pemerintah Daerah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 terjadi perubahan kewenangan pada pemerintah daerah. Kepada pemerintah daerah diberikan keleluasaan untuk menyelenggarakan pemerintahan yang mencakup seluruh bidang pemerintahan, kecuali bidang-bidang yang berdasar Undang-Undang telah ditetapkan sebagai kewenangan pusat. Keleluasaan otonomi ini mencakup pula kewenangan yang utuh dan bulat dalam penyelenggaraan pemerintahan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian, dan evaluasi. Konsekuensi dari kebijakan tersebut adalah kewenangan pusat termasuk program KB Nasional, pengelolaannya diserahkan kepada pemerintah kabupaten/kota. Hal ini ditunjukkan dengan adanya penyerahan P3D (Personal Pembiayaan, Perlengkapan dan Dokementasi) BKKBN Kabupaten/Kota oleh pemerintah pusat kepada pemerintah kabupaten/ kota.

Kelangsungan program KB menjadi tantangan besar, karena tidak semua daerah melihat program KB dari sudut pandang yang sama. Implikasinya, pelaksanaaan visi dan misi program KB di daerah akan menemui banyak kendala. Dengan adanya Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 dan Keputusan Presiden Nomor 103 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan dan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen, program KB tidak lagi dilaksanakan sentralistik di bawah koordinasi BKKBN, melainkan didesentralisasikan kepada daerah. Jadi, kabupaten/kota memiliki kemandirian dalam menangani masalah KB, termasuk urusan anggaran dan personilnya.

Permasalahan yang berkembang pada saat pelaksanaan program KB setelah ditetapkannya desentralisasi adalah menurunnya kapasitas kelembagaan Program KB. Hal ini terjadi karena melemahnya komitmen politis dan komitmen operasional di tingkat kabupaten atau kota. Akibat dari menurunnya kelembagaan atau organisasi perangkat daerah adalah kelembagaan program KB di kabupaten atau kota menjadi sangat beragam. Dari hasil evaluasi, sejak sebagian kewenangan dalam program KB diserahkan kepada daerah, khususnya pemerintah kabupaten/kota pada akhir tahun 2003, pelaksanaan program KB di daerah (kabupaten/kota) belum sepenuhnya menjadi komitmen dan prioritas daerah. Hal ini antara lain ditunjukkan oleh adanya variasi kelembagaan yang mengelola program KB baik nomenklatur maupun bentuknya sehingga berpengaruh pada pelaksanaan pelayanan program KB (Hartono dkk, 2005).

Komitmen pemerintah kabupatan/kota terhadap pelaksanaan KB dapat dilihat dari bentuk kelembagaan yang mengelola KB di daerah. Pada awal pelaksanaan desentralisasi, sebagian besar kabupaten/kota menunjukkan komitmen rendah. Hal ini tampak dari bentuk kelembagaannya yang digabung dengan badan/dinas/kantor yang dianggap sejenis. Hal ini juga terkait dengan PP yang membatasi jumlah kelembagaan daerah sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya. Data menunjukkan bahwa bentuk kelembagaan yang menangani KB di kabupaten/kota sangat beragam. Sebanyak 331 kabupaten/kota sudah membentuk kelembagaan yang dituangkan dalam bentuk Perda (peraturan daerah) dan 81 kabupaten/kota dalam bentuk SK Bupati/Walikota. Rincian bentuk kelembagaan pengelola KB di daerah adalah sebagai berikut: (1) Dinas utuh sebanyak 31 kabupaten/kota, (2) Dinas merger sebanyak 151 kabupaten/ kota), (3) Dinas insert (yang diintegrasikan ke dinas lain) sebanyak 8 kabupaten/ kota, (4) Badan utuh sebanyak 52 kabupaten/kota, (5) Badan merger sebanyak 91 kabupaten/kota, dan (6) Kantor utuh sebanyak 46 kabupaten/kota (BKKBN, 2006a). Pada tahun 2009, jumlah kelembagaan KB menjadi 393 kabupaten dan kota (sekitar 82% dari 479 kota dan kabupaten).

Berkurangnya Sumber Daya Manusia dan Dukungan Anggaran

Akibat dari ditetapkannya kebijakan desentralisasi, selain berkurangnya jumlah institusi pengelola KB kualitas tenaga pengelola dan pelaksana program KB di tingkat lapangan juga menurun karena banyak yang dimutasi atau pensiun. Pemerintah daerah pada masa tersebut banyak memindahkan dan menempatkan mantan pegawai BKKBN termasuk PLKB di wilayah kecamatan dengan alasan pegawai tersebut memiliki pengalaman dalam berurusan dengan masyarakat. Di berbagai daerah, PLKB/PKB dipindahtugaskan menjadi staf ke dinas lain, ada yang menjadi kepala desa, bahkan ada yang menjadi camat. Kepindahan para PLBK/PKB tersebut juga terkait dengan kurang jelasnya kedudukan BKKBN di tingkat kabupaten/kota pada saat otonomi daerah dilaksanakan sehingga mereka menerima tawaran untuk bertugas di institusi lain. Perpindahan tersebut mengakibatkan jumlah PLKB jauh menurun dibanding sebelum otonomi daerah sehingga hal ini dapat berdampak terhadap kinerja program. Sebelum desentralisasi atau otonomi daerah, jumlah PLKB/PKB di seluruh Indonesia sebanyak 26.074. Setelah otonomi daerah jumlahnya turun menjadi 19.586 atau hanya sekitar 75% saja. Pemerintah terus berusaha untuk meningkatkan jumlah PLKB tersebut. Tahun 2012, jumlah PLKB di Kalimantan Barat hanya 328 orang yang harus melayani penduduk dari 1.689 desa yang ada di provinsi ini (http://www.bkkbn.go.id).

Anggaran untuk program KB di tingkat kabupaten/kota juga cukup beragam nilainya. Besar kecilnya anggaran tersebut tergantung dari komitmen Pemerintah derah (kabupaten/kota) pada pelaksanaan KB. Menurut narasumber dari BKKBN, kepedulian pemerintah daerah, baik provinsi maupun kabupaten dan kota terhadap pelaksanaan KB masih relatif rendah. Hal tersebut terlihat dari kecilnya alokasi dana pada APBD. Secara umum setiap pemerintah kota dan kabupaten mengalokasikan anggaran sangat terbatas untuk KB, yaitu berkisar antara 0,04–0,2% dari APBD-nya (www.tribunnews.com).

Menurunnya Capaian Indikator Kependudukan

Berkurangnya jumlah PLKB/PKB, baik karena beralih tugas menjadi pejabat struktural di tingkat kabupaten/kota/kecamatan, menjadi tenaga administrasi, maupun karena pensiun berdampak pada terganggunya pelaksanaan penyuluhan KB. Menurunnya intensitas penyuluhan KB dan keterbatasan ketersediaan kontrasepsi akibat dari berkurangnya anggaran berdampak pada meningkatnya jumlah penduduk. Tahun 2006 laju pertambahan penduduk mencapai 1,6% per tahun. Hal ini dinilai sangat mengkhawatirkan, karena berarti setiap tahun terdapat kelahiran 3-4 juta bayi. Untuk itulah Presiden Indonesia sudah memberikan sinyal "lampu kuning" (Antara News, 10 November 2006). Meskipun laju pertambahan penduduk telah turun menjadi 1,49%, tetapi angka tersebut terus diupayakan untuk turun agar tidak terjadi ledakan penduduk. Hasil Sensus Penduduk 2010 menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia mencapai sekitar 237 juta jiwa. Sekretaris Utama Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (nama baru dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana nasional/BKKBN) mengatakan bahwa laju pertumbuhan penduduk diupayakan untuk terus turun menjadi sekitar 1,3% pada tahun 2012 (www.koran-jakarta. com/index.php/ detail/view01/diunduh 20 Februari2013). Hal tersebut dilakukan agar ledakan penduduk dapat dihindari karena akan menimbulkan berbagai ancaman seperti ketersediaan pangan, lahan, dan energi.

Kepala BKKBN memerkirakan tahun 2008-2014 akan terjadi ledakan kelahiran bayi (*baby boom*) tahap kedua, setelah yang pertama terjadi tahun 1970-an. Penyebabnya, saat ini kondisi keluarga Indonesia sedang mengalami masa produktif yang ditandai dengan proses kelahiran. Dengan meledaknya kaum usia muda (20-30 tahun), dapat diprediksi angka kelahiran juga akan meledak (BKKBN online, 29 Agustus 2008).

Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2010 adalah sebanyak 237.641.326 jiwa, yang mencakup mereka yang bertempat tinggal di daerah perkotaan sebanyak 118.320.256 jiwa (49,79%) dan di daerah perdesaan sebanyak 119.321.070 jiwa (50,21%). Laju pertumbuhan penduduk tahun 2000-2010

sebesar 1,49% per tahun. Jumlah ini bertambah 32,5 jiwa sejak tahun 2000. Hal ini berarti setiap bulannya bertambah 270.833 jiwa, setiap harinya bertambah sebesar 9.027 jiwa, setiap jam bertambah 377 jiwa, dan setiap detik bertambah 1,04 (1-2 jiwa) (http://data.tnp2k.go.id).

Data juga menunjukkan bahwa sebagian dari keluarga yang memiliki anak banyak tersebut adalah mereka yang kurang mampu dan tinggal di pedesaan. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah anak yang dilahirkan dari seorang perempuan usia produktif (total fertility rate/TFR) turun menjadi 2,6. Namun, TFR di pedesaan masih lebih tinggi dibandingkan di perkotaan yakni 2,8 berbanding 2,3 (BPS dkk, 2008). Pemantauan peserta kb aktif melalui mini survei di Indonesia tahun 2004 (BKKBN – Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi, 2004) juga menunjukkan pemakaian alat/cara KB lebih banyak dijumpai pada wanita dengan tahapan keluarga KS 2 ke atas daripada wanita dari keluarga miskin (Pra KS dan KS1).

Jumlah anak yang dinginkan juga relatif masih tinggi. Hasil SDKI tahun 2007 memperlihatkan bahwa 50,4% kalangan suami masih menginginkan mempunyai lebih dari dua anak. Adapun pada pasangan yang memiliki tiga anak hidup, hanya 78,9% laki-laki (suami) yang menyatakan tidak ingin menambah anak lagi (BKKBN online, 30 Maret 2009). Berbagai kondisi di atas terjadi karena rendahnya tingkat pengetahuan PUS tentang KB dan Kesehatan Reproduksi (KR). Menurut Kepala BKKBN, 70% pasangan keluarga muda usia di atas 20 tahun tidak mengenal KB (BKKBN online, 9 November 2010).

Menurunnya pelaksanaan KB berdampak pada masih tingginya AKB dan AKI. Menurut Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan, rata-rata AKB pada periode 2003-2007 relatif stagnan di kisaran 34 per 1.000 kelahiran, padahal target MDGs pada tahun 2015 adalah 19 per 1.000 kelahiran. Untuk AKI, tahun 2007 angkanya masih 228/100.000 kelahiran hidup, padahal targetnya adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Menurut data World Development Indicator yang dipublikasikan oleh Bank Dunia angkat kematian ibu dan bayi di Indonesia tertinggi di Asia Tenggara. Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2010 diperkirakan sekitar 220 per 100.000 kelahiran, sedangkan angka kematian bayi 25 per 1000 kelahiran. Development Indikator (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan/TNP2K, 26 Maret 2010; World Development Indicator dalam http://data.worldbank.org).

PERMASALAHAN PELAKSANAAN PROGRAM BKKBN DI Era Otonomi Daerah: Kasus Kalimantan Barat

Salah satu persoalan yang menonjol terkait dengan pelaksanaan program BKKBN di era Otonomi Daerah di Provinsi Kalimantan Barat adalah masalah ketersediaan alat kontrasepsi. Sejak berdirinya BKKBN (sekitar tahun 70'an), lembaga tersebut senantiasa menyediakan kebutuhan alat kontrasepsi untuk semua pasangan usia subur (PUS). Namun demikian, sejak terjadinya krisis (tahun 1997) yang berdampak pada terbatasnya anggaran sehingga penyediaan kebutuhan alat kontrasepsi menggunakan skala prioritas. Menurut data yang tersedia, dari periode 1997 sampai dengan 2005, pemerintah hanya mampu menyediakan kebutuhan alat kontrasepsi bagi 30% dari total PUS.

Terbatasnya kemampuan pemerintah untuk penyediaan alat kontrasepsi diperburuk lagi kondisinya dengan berkurangnya perhatian lembaga donor. Hal ini membuat keprihatinan organisasi keluarga berencana di seluruh dunia yang sebagian besar pembiayaan program keluarga berencananya sangat bergantung pada bantuan luar negeri, khususnya dalam hal penyediaan alat kontrasepsi tersebut. Situasi dan kondisi ini kemudian melahirkan konsep *contraceptive security* yang merupakan bagian dari konsep *commodity security* dan kemudian dikenal dengan sebutan jaminan ketersediaan kontrasepsi (JKK)¹.

Konsep JKK ini dirancang atas dasar kerja sama BKKBN dengan lembaga donor USAID, untuk menciptakan suatu kondisi agar alat kontrasepsi yang dibutuhkan masyarakat dapat dengan mudah diperoleh dan aman untuk digunakan masyarakat. Pengelolaan JKK ini jelas membutuhkan komitmen yang kuat dari semua pihak, baik di tingkat pemerintah pusat dan provinsi, pemerintah kabupaten/kota, pihak swasta, maupun masyarakat. Dengan berjalannya otonomi daerah, maka dukungan pemerintah kabupaten/kota terhadap program KB pun (termasuk JKK) menjadi bervariasi, sangat bergantung pada pemahaman dari pimpinan daerah dan lembaga legislatif (DPRD) mengenai arti pentingnya JKK dalam pelaksanaan program KB Nasional. Pemerintah daerah yang memiliki komitmen kuat dan anggaran yang memadai memperoleh peluang untuk menyediakan kontrasepsi sendiri. Kontrasepsi ini dapat diperuntukkan bagi keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera satu alasan ekonomi atau digunakan untuk keluarga kelompok menengah ke bawah atau bahkan keluarga mampu.

Tulisan berikut ini membahas permasalahan yang dihadapi oleh pemerintah daerah Provinsi Kalimantan Barat dalam menyediakan alat kontrasepsi yang setelah otonomi daerah sangat tergantung pada kemampuan anggaran pemerintah

¹ JKK mengacu pada suatu keadaan dimana setiap PUS dapat dengan mudah dan aman bisa memilih dan menggunakan kontrasepsi sesuai pilihan dan kondisi fisiknya sebagai upaya meningkatkan kualitas kesehatan reproduksinya, kapanpun dibutuhkan.

daerah. Adanya desentralisasi program KB secara umum memperlihatkan adanya kecenderungan penurunan komitmen pemerintah daerah kabupaten/ kota terhadap program KB dibandingkan dengan era sebelumnya. Selain itu, tulisan ini juga memaparkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi lainnya (termasuk KB) termasuk persoalan dalam capaian akseptor KB yang dihadapi pasca-otonomi daerah.

Komitmen Politis dalam Jaminan Ketersediaan Kontrasepsi

Hal terpenting dengan adanya pelimpahan wewenang kepada daerah kabupaten/ kota dalam bidang keluarga berencana adalah pemerintah daerah tetap memiliki komitmen yang tinggi untuk mewujudkan visi dan misi serta tujuan program KB yang telah ditetapkan. Dukungan kuat tersebut dapat diterjemahkan melalui dialokasikannya anggaran dari pemerintah daerah bagi pengadaan alat kontrasepsi. Alat kontrasepsi masih mengandalkan bantuan dari pusat yang disalurkan melalui provinsi, sementara bantuan tersebut hanya sampai tahun 2006 dan untuk selanjutnya sumber pembiayaan kebutuhan logistik diharapkan diperoleh dari berbagai sumber seperti dari APBD provinsi, kabupaten/kota dan dapat pula berasal dari pihak swasta atau bahkan berasal dari mitra kerja. Namun, tidak semua pemerintah kabupaten/kota mampu menganggarkan sejumlah dana untuk mencukupi kebutuhan alat kontrasepsi tersebut.

Hasil studi PPK LIPI di Kota Singkawang, Kalimantan Barat (2005) menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran daerah (APBD) saat itu masih diprioritaskan untuk pembangunan infrastruktur mengingat masih banyaknya wilayah kota itu yang terisolir. Temuan dari kabupaten/kota lainnya juga menunjukkan bahwa meskipun program KB sudah masuk dalam anggaran APBD, sulit untuk mengetahui besaran anggaran yang dialokasikan untuk pengadaan alat kontrasepsi. Oleh karena itu, ada ungkapan "ada tapi tiada" untuk menggambarkan ketidakjelasan dalam pengalokasikan dana dari APBD II untuk pengadaan alat kontrasepsi tersebut. Besaran dana dari APBD tersebut sangat bergantung kepada komitmen pemerintah daerah dalam mendukung program KB. Selain kendala tersebut, persoalan lainnya untuk memenuhi ketersediaan alat kontrasepsi tersebut, meskipun sejak tahun 2003 konsep JKK ini sudah dikemukakan, adalah terkait dengan lemahnya pemetaan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi yang dibutuhkan masyarakat, serta pemetaan cara pelayanan yang dibutuhkan masyarakat. Padahal kegiatan ini sangat penting untuk menyusun upaya pemenuhan alat dan obat serta cara pelayanan, yang akan disalurkan melalui jalur pemerintah atau swasta.

Meskipun di era otonomi daerah ini peluang untuk meningkatkan program dan pelayanan keluarga berencana semakin terbuka, masih ada kecenderungan anggapan bahwa program keluarga berencana merupakan investasi sosial yang sulit untuk dirasakan dampak baliknya (economic return) dalam waktu dekat sehingga program tersebut tidak masuk dalam prioritas pembangunan di daerahnya. Padahal bila merujuk kepada visi program KB nasional yaitu mewujudkan "keluarga berkualitas 2015" maka seyogyanya pemerintah daerah memiliki dukungan (political will) yang kuat untuk mendorong keberlangsungan program KB.

Kualitas dan Aksesibilitas terhadap Pelayanan Keluarga Berencana

Hasil kajian PPK LIPI di Provinsi Kalimantan Barat ini, secara umum menunjukkan bahwa program-program yang berkaitan dengan keluarga berencana, seperti penyediaan pelayanan keluarga berencana, advokasi, komunikasi, informasi, dan edukasi tetap berjalan seperti sebelum desentralisasi/otonomi daerah. Demikian pula program yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas dan aksesibilitas terhadap pelayanan keluarga berencana tetap dilaksanakan seperti sedia kala. Program keluarga berencana yang menyangkut ketersediaan alat kontrasepsi yang efektif dan efisien tetap dilaksanakan. Selain itu, kegiatan-kegiatan seperti menjangkau akseptor keluarga berencana baru, baik laki-laki maupun perempuan, mempertahankan akseptor aktif, pencatatan kasus efek samping dari kontrasepsi juga tetap berlangsung meskipun tidak dapat dipungkiri bahwa intensitas kegiatan-kegiatan tersebut menurun. Meskipun dilaporkan bahwa telah terjadi peningkatan dalam jumlah akseptor keluarga berencana, tingkat kenaikannya menurun.

Secara teknis, pengadaan alat kontrasepsi tidak mengalami perubahan setelah terjadi desentralisasi program KB. Namun, adanya penyusutan jumlah tenaga lapangan (yang biasa disebut penyuluh lapangan KB (PLKB) sebagai dampak dari desentralisasi ini), berpengaruh terhadap penyaluran alat kontrasepsi dari puskesmas-puskesmas sampai ke sub PPKBD/PPKBD di tingkat desa². Sebelum desentralisasi, cara kerja penyaluran alat kontrasepsi adalah sebagai berikut: dari puskesmas akan diambil oleh PLKB untuk kemudian dibagian ke sub-PPKBD/PPKBD yang memiliki data keluarga miskin sebagai pengguna KB. Namun sekarang, dengan berkurangnya tenaga PLKB tentu sangat memberatkan bagi pihak PPKBD untuk mengambil sendiri alat kontrasepsi ke puskesmas/klinik karena tidak ada anggaran untuk biaya transportasi. Sementara itu, jarak dari tempat tinggal PPKBD dengan puskesmas relatif jauh dan terkadang perlu

² Untuk tingkat desa ada dua penopang pelayanan keluarga berencana, yakni Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan kader KB.

berganti-ganti transportasi untuk mencapai puskesmas/klinik. Demikian pula dari pihak puskesmas/klinik, tidak mungkin mengantar alat kontrasepsi sampai ke desa-desa, karena selain tenaga di puskesmas yang juga terbatas, dana untuk penyaluran/distribusi alat kontrasepsi sampai ke bawah juga tidak ada lagi.

Berkurangnya tenaga PLKB sangat dirasakan dampaknya, khususnya di wilayah perbatasan di Kalimantan Barat. Kunjungan rutin kepada keluarga di perbatasan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana menjadi tidak optimal. Selain ke wilayah perbatasan membutuhkan biaya yang besar, kekurangan tenaga PLKB di provinsi ini juga menjadi kendala dalam menjalankan kegiatan layanan ini. Setelah otonomi daerah, banyak petugas PLKB BBKBN yang menjadi pegawai pemda. Berdasarkan data BKKBN provinsi Kalimantan Barat, jumlah PLKB aktif saat ini (tahun 2012) mencapai 328 orang. Satu petugas PLKB rata-rata harus menangani dan membina enam sampai tujuh desa. Kondisi ini jauh berbeda dengan Pulau Jawa satu PLKB dapat menangani rata-rata satu sampai dua desa sehingga layanannya bisa lebih optimal. Sementara itu, saat ini di Kalimantan Barat terdapat sekitar 1.089 desa sehingga masih memerlukan sekurang-kurangnya 400 PLKB. Begitu pula kondisinya dengan kader KB yang saat ini sebagian besar sudah berusia tua, sedangkan untuk mencari pengganti kader KB tidak mudah karena kecenderungannya generasi muda enggan menjadi kader.

Persoalan lainnya yang acap kali ditemukan pascaotonomi daerah ini adalah berkaitan dengan supply alat kontrasepsi. Telah terjadi ketidaksesuaian antara jenis kontrasepsi yang dibutuhkan PUS dan keluarga miskin dengan alat kontrasepsi yang diantarkan dari BKKBN. Dengan demikian, dampaknya di lapangan di satu pihak terjadi kekurangan jenis kontrasepsi tertentu, sementara di lain pihak terjadi kelebihan jenis kontrasepsi tertentu. Bahkan, ada kasus kadaluarsa karena stok yang berlebihan. Fenomena ini sudah umum terjadi di beberapa wilayah, karena dari hasil kajian PPK LIPI (2005), persoalan ketidaksesuaian alat kontrasepsi ini tidak saja dihadapi di Kota Singkawang, Provinsi Kalimantan Barat, tetapi juga ditemui kasus-kasus serupa di Kabupaten Sumedang, Jawa Barat; di Kota Batu, Jawa Timur.

Perihal ketidaksesuaian jenis kontrasepsi ini, menurut hasil kajian PPK LIPI, kemungkinan karena disebabkan oleh beberapa faktor sebagai berikut: pertama, terkait dengan pendataan yang kurang akurat sehingga antara kebutuhan dengan supply alat kontrasepsi terjadi ketidaksesuaian. Pascaotonomi daerah, pendataan setiap bulan sukar untuk dilaksanakan karena petugas di lapangan yang berkurang. Jadi, untuk perencanaan alat kontrasepsi, digunakan berbagai macam sumber data, seperti dari hasil pendataan keluarga serta laporan provinsi statistik yang kecenderungannya juga sudah macet dan tidak lengkap.

Capaian Akseptor KB yang Tidak Optimal

Hasil studi di Provinsi Kalimantan Barat ini menunjukan bahwa meskipun terjadi peningkatan pencapaian akseptor KB baru, tetapi upaya untuk mempertahankan peserta KB aktif relatif terabaikan. Akibatnya, ada beberapa yang *drop out* (DO) atau putus pakai kontrasepsi KB. Angka putus pakai atau *drop out* ini juga merupakan salah satu ukuran dari kualitas pemakaian. Hal ini bisa mencakup kegagalan kontrasepsi, ketidakpuasan terhadap alat/cara KB, efek samping, dan kekurangtersediaan alat/cara KB. Jumlah akseptor KB baru di Kalimantan Barat saat ini mencapai 39.377 orang dari 157.510 orang target 2012. Akseptor baru terbesar di Kabupaten Ketapang mencapai 5.530 orang, disusul Kabupaten Kubu Raya sebanyak 4.781 orang. Sementara itu, akseptor baru terkecil di Kabupaten Sekadau sebanyak 1.049 orang. Adapun keikutsertaan ber-KB hampir 70%nya didominasi oleh pengguna pil dan suntikan yang memiliki tingkat *drop out* cukup tinggi.

Peningkatan pelayanan KB telah dilakukan, tetapi angka unmet need untuk KB masih tetap tinggi. Relatif tingginya unmeet need ini menunjukkan adanya kebutuhan akan pelayanan KB yang tidak terpenuhi. Di Kalimantan Barat misalnya, menurut data tahun 2009, masih ada sekitar 20,38% pasangan usia subur (PUS) yang tidak menggunakan kontrasepsi meskipun mereka tidak ingin punya anak lagi atau ingin menjarangkan kelahiran berikutnya (lihat tabel 1). Dibandingkan dengan data SDKI 2007, yang menunjukkan angka 9% untuk total kebutuhan yang tidak terpenuhi di Indonesia, maka angka unmeet need Provinsi Kalimantan Barat relatif tinggi. Angka unmeet need ini dapat digunakan untuk menilai sejauh mana program KB telah dapat memenuhi kebutuhan pelayanan.

Secara umum, hasil kajian ini juga memperlihatkan, tingkat kelahiran kasar (TFR) sudah berhasil diturunkan dan ada peningkatan jumlah akseptor KB baru perempuan, tetapi tingkat partisipasi KB pria tetap rendah. Mengajak pria untuk menjadi peserta KB cenderung masih sulit dilaksanakan. Hal ini disebabkan antara lain adanya kekawatiran akan terjadinya efek samping dari penggunaan kontrasepsi dan kurangnya informasi mengani metode kontrasepsi pria. Selain itu, keterbatasan petugas kesehatan dalam menyediakan pelayanan kontrasepsi mantap bagi pria menyebabkan masih rendahnya keikutrasertaan pria dalam ber-KB. Berdasarkan target tahun 2012, Perwakilan BKKBN Provinsi Kalbar, untuk vasektomi dalam satu tahun mentargetkan sebanyak 180 sasaran. Namun, realisasinya hingga Juni 2012, hanya 27 sasaran, sedangkan untuk pengguna kondom, dari target 25.630 orang, realisasinya 4.646 orang.

Dibandingkan dengan kondisi sebelum desentralisasi, pencapaian akseptor dapat dikatakan tidak optimal. Beberapa faktor menjadi penyebab terjadinya penurunan dalam pencapaian akseptor, tetapi dapat dikatakan bahwa mobilisasi

pekerjaan dari PLKB ke sektor lain atau daerah lain dan variasi struktur kelembagaan keluarga berencana telah membawa pengaruh yang cukup besar terhadap persoalan ini. PLKB/PKB merupakan ujung tombak program keluarga berencana. Melalui orang-orang inilah, program keluarga berencana disampaikan kepada masyarakat di tingkat desa. Menurut informan kunci yang diwawancarai di Pontianak, program keluarga berencana tidak akan berhasil jika tidak ada petugas lapangan di wilayah tersebut. Hal ini menekankan pentingnya petugas lapangan di desa karena petugas lapangan berperan dalam membina lembaga masyarakat dan keluarga-keluarga di masyarakat tersebut. Selain itu, PLKB juga bertugas untuk membina akseptor KB dan calon akseptor. Ia juga bertanggung jawab dalam menjaga keakuratan data dari pendataan keluarga. Dengan demikian, keberhasilan kegiatan program KB nasional ada di tangan petugas lapangan.

PENUTUP

Kebijakan otonomi daerah dan desentralisasi yang telah diimplementasikan di Indonesia lebih dari satu dasawarsa sebetulnya mempunyai tujuan mulia yaitu mempermudah akses terhadap pelayanan serta meningkatkan kualitas pelayanan dan demokratisasi. Dengan demikian, dengan desentralisasi dalam bidang kependudukan dan KB, seharusnya dapat meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, karena pemerintah daerah mempunyai kewenangan penuh sehingga sasaran program dapat tercapai dengan baik. Akan tetapi, dalam implementasinya terdapat berbagai persoalan, di antaranya terkait dengan kelembagaan, pendanaan, sumber daya manusia (baik kuantitas maupun kualitas). Akan tetapi, persoalan yang paling utama adalah terkait dengan komitmen pemerintah daerah untuk membuat KB menjadi prioritas. Mengingat bahwa salah satu prasyarat desentralisasi adalah kapasitas daerah baik kapasitas SDM maupun pendanaan, tanpa komiten dari pemerintah daerah, kapasitas daerah yang rendah akan semakin terpuruk karena tidak dapat merencanakan. mengimplementasikan, serta mengelola program-program KB di daerahnya. Apalagi daerah-daerah baru yang merupakan daerah pemekaran.

Berkaitan dengan persoalan menurunnya komitmen pemerintah daerah terhadap program KB, pemerintah pusat kembali melakukan upaya di antaranya adalah program revitalisasi KB sejak 2006 sehingga pemda provinsi, kabupaten/ kota juga melaksanakan komitmen dalam pembangunan kependudukan dan KB sebagai investsi SDM di masa mendatang. Meskipun demikian - hal yang lebih penting adalah sinergi antara pemerintah pusat dan daerah (provinsi maupun kabupaten/kota) terkait dengan revitaslisasi program KB, karena keberhasilnan

Vol. VII, No. 2, 2012 | 123

Tabel 1. Jumlah Peserta KB Menurut Tempat Pelayanan dan Unmet Need Per Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2009

KABUPATEN	Jumlah PUS	Peserta KB Menurut Tempat Pelayanan						Unmet Need					
		Pemerin- tah	%	Swasta	%	Jumlah	Preva- lensi KB	Ingin Anak Di- tunda	% Terha- dap PUS	Tidak Ingin Anak Lagi	% Terha- dap PUS	Jumlah	%
PONTIANAK	43.492	12.593	28.95	13.398	30.81	25.991	59.76	3.359	7.72	4.595	10.57	7.954	18.29
SAMBAS	98.719	49.320	49.96	12.575	12.74	61.895	62.7	13.781	13.96	8.682	8.79	22.463	22.75
KETAPANG	81.978	39.134	47.74	17.330	21.14	56.464	68.88	7.247	8.84	7.887	9.62	15.134	18.46
SANGGAU	75.283	29.069	38.61	21.313	28.31	50.382	66.92	8.088	10.74	6.912	9.18	15.000	19.92
SINTANG	64.240	39.111	60.88	6.664	10.37	45.775	71.26	4.072	6.34	5.675	8.83	9.747	15.17
KAPUAS HULU	42.649	24.529	57.51	7.270	17.05	31.799	74.56	3.021	7.08	3.269	7.66	6.290	14.75
KOTA PONTIANAK	89.810	28.658	31.91	31.320	34.87	59.978	66.78	9.780	10.89	9.680	10.78	19.460	21.67
BENGKAYANG	25.491	9.901	38.84	44.70	17.54	14.371	56.38	2.542	9.97	4.879	19.14	7.421	29.11
LANDAK	58.825	23.315	39.63	15.878	26.99	39.193	66.63	6.185	10.51	6.315	10.74	12.500	21.25
KOTA SINGKAWANG	33.947	16.180	47.66	7.089	20.88	23.269	68.55	3.156	9.3	3.310	9.75	6.466	19.05
SEKADAU	46.011	19.565	42.52	11.153	24.24	30.718	66.76	4.572	9.94	3.528	7.67	8.100	17.6
MELAWI	39.968	21.476	53.73	8.308	20.79	29.784	74.52	2.677	6.7	4.209	10.53	6.886	17.23
KAYONG UTARA	17.814	6.520	36.6	5.922	33.24	12.442	69.84	1.148	6.44	1.927	10.82	3.075	17.26
KUBU RAYA	83.192	34.886	41.93	15.018	18.05	49.904	59.99	10.459	12.57	12.355	14.85	22.814	27.42
Jumlah	801.419	354.257	44.2	177.708	22.17	531.965	66.38	80.087	9.99	83.223	10.38	163.310	20.38

KB akan mampu mewujudkan kualitas SDM yang tinggi serta menghemat anggaran kesehatan, pendidikan, lapangan pekerjaan dan perumahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Biro Pusat Statistik (BPS) dan Macro Internasional. 2008. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007, Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International.
- BKKBN. 2002. Petunjuk Teknis Pencatatan dan Pelaporan Pemutakhiran Data Keluarga dalam Pelaksanaan Pendataan Keluarga. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN. 2004. Buku Pegangan Penyuluh KB: Kepmen 120/MPAN/9/2004 tentang Jabatan Fungsional Penyuluh KB dan Angka Kreditnya. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN. 2004. Perencanaan Program KB Nasional. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN. 2004. Pedoman Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bagi Kabupaten/Kota. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN. 2005. Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi: Kebijakan, Program dan Kegiatan tahun 2005-2009. Jakarta: Deputi KB dan KR BKKBN.
- BKKBN. 2005. Laporan Pengendalian Program KB Nasional Tahun 2005. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN. 2005. Rapat Kerja KB Nasional Tahun 2005: Materi dan Rumusan Hasil. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN dan LDUI. 2005. Kependudukan dan Pembangunan di Indonesia: Keterkaitan Konsensus ICPD dengan Target MDGs. Jakarta: BKKBN dan LDUI.
- BKKBN Provinsi Jawa Barat. 2005. *Rakerda Program KB Nasional 2005*. Bandung: BKKBN Provinsi Jawa Barat.
- BKKBN Provinsi Jawa Timur. 2005. Rapat Kerja Daerah Program Keluarga Berencana Nasional Provinsi Jawa Timur Tahun 2005. Surabaya: BKKBN Provinsi Jawa Timur.
- BKKBN Provinsi Kalimantan Barat. 2005. Paparan Binwil dengan Tim Pusat di Provinsi Kalimantan Barat, 19 Agustus 2005. Pontianak: BKKBN Provinsi Kalimantan Barat.
- BKKBN Provinsi Kalimantan Barat. 2005. Laporan Pelaksanaan Rapat Kerja Daerah Program Keluarga Berencana Nasional Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2005. Pontianak: BKKBN Provinsi Kalimantan Barat.
- BKKBN Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2005. Rapat Kerja Daerah Program Keluarga Berencana Nasional Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2005. Kupang: BKKBN Provinsi Nusa Tenggara Timur.
- Noerdin, M. 2004. Peningkatan Kesejahteraan Rakyat Melalui Program Keluarga Berencana Nasional, Paparan pada Kegiatan Rakorbangpus Tahun 2003.
- Hartono, D., Widayatun, S.S. Purwaningsih, T. Handayani, A. Latifa, Z. Fatoni. 2005. System Analysis of BKKBN's New Roles, Functions and Structure under the Decentralized System. Jakarta: PPK-LIPI, BKKBN dan UNFPA-Indonesia.

- Hugo, G.J., et al. 1987. The Demographic Dimension in Indonesian Development, Singapore: Oxford University Press.
- Pemerintah Republik Indonesia. 2005. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia.
- Pemerintah Republik Indonesia. 2005. Undang-Undang No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia.
- Rahardjo, Pudjo, n.d. Emerging Role of Field Staff of Population/Family Planning Agency: the Case of Indonesia. International Council on Management of Population Programs.
- Republic of Indonesia. 2004. Indonesia Country Report. The Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the PoA of the ICPD. Jakarta: Republic of Indonesia.