

**PARTISIPASI MELAKSANAKAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA
PADA MASYARAKAT PEMUKIMAN KUMUH (*SLUM AREA*) DI
KELURAHAN SIDOTOPO WETAN, KECAMATAN KENJERAN,
SURABAYA**

Oleh: Kharlasita Ken Lazhuardi/Sosiologi/071211432007

Abstrak

Studi ini bermaksud untuk menjawab bagaimana nilai anak pada warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*), bagaimana akses layanan kesehatan pada warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*), bagaimana pemahaman warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) mengenai program keluarga berencana, serta bagaimana partisipasi melaksanakan program keluarga berencana pada warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*). Teori yang digunakan antara lain teori nilai anak Arnold dan Fawcett, teori perilaku kesehatan Lawrence Green, dan teori fertilitas Kingsley Davis dan Judith Blake, serta model analisis sosiologi dari tingkat-tingkat fertilitas Freedman. Studi ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan tipe penelitian deskriptif. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *simple random sampling*. Studi ini dilakukan di Kelurahan Sidotopo Wetan, Kecamatan Kenjeran, Surabaya.

Hasil dari studi ini diketahui bahwa nilai anak memiliki dimensi nilai positif, nilai negatif, dan nilai keluarga besar. Diketahui pula faktor pendukung terwujud dalam kemudahan akses layanan kesehatan, faktor pendorong terwujud dengan adanya bantuan alat kontrasepsi gratis dan adanya penyuluhan mengenai program keluarga berencana, meskipun hal tersebut hanya dirasakan oleh sebagian kecil masyarakat tersebut. Diketahui pula pengetahuan masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) mengenai program keluarga berencana yang sebatas pada pengaturan kelahiran dan dapat mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera, dalam hal ini keluarga kecil tidak harus memiliki anak lebih dari dua. Diketahui pula partisipasi melaksanakan program keluarga berencana pada masyarakat pemukiman (*slum area*) yaitu bertujuan menjaga jarak kehamilan.

Kata kunci: masyarakat pemukiman kumuh, nilai anak, akses layanan kesehatan, pemahaman mengenai program keluarga berencana, partisipasi melaksanakan program keluarga berencana

Abstract

This study is aimed to answer some questions; how is value of children of slum society, how is the medical service access of slum society, how is the slum society understand about family planning programs, and how is participation of slum society to carry out family planning programs. There are several theories used in this study; they are value of children theory by Arnold and Fawcett, health behavior theory by Lawrence Green, fertility theory by Kingsley Davis and Judith Blake, and sociology analysis model and fertility levels by Freedman. The base of this research is using Descriptive Quantitative. The sample was conducted randomly, called simple random sampling and taken place in Kelurahan Sidotopo Wetan, Kecamatan Kenjeran, Surabaya.

The result of the study showed that the value of children have positive dimension, negative dimension, and big family value. It is also found out that the supporting factors are manifested by the distribution of free contraception tool and counseling for family planning programs though only a number of people have it. In addition, it is discovered that the knowledge of slum society about family planning programs is limited to the birth control and it can be manifested through small number of family. In this case, small family does not assume to have more than two children. Also, the participation to carry out family planning programs to slum society is to keep the distance of pregnancy.

Key words: *slum society, value of children, health service access, the understanding of family planning programs, the participation family planning to carry out family planning programs*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Partisipasi masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) dalam melaksanakan program keluarga berencana dapat dikatakan masih kurang. Masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) identik dengan kepemilikan jumlah anak yang banyak, yaitu ada dugaan bahwa mereka memiliki lebih dari dua anak. Jumlah anak yang dimiliki oleh masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*), umumnya melebihi standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah, yaitu lebih dari dua orang. *Detikhealth.com*

memberitakan bahwa partisipasi yang rendah dalam melaksanakan program keluarga berencana pada masyarakat di wilayah tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu adanya persepsi bahwa anak merupakan sumber investasi di masa depan, masyarakat khususnya di pemukiman kumuh belum menyadari pentingnya KB, keengganan masyarakat miskin untuk menjangkau tempat pelayanan KB, dan tenaga lapangan yang masih minim (28/03/2012). Adanya faktor-faktor tersebut menjadi alasan masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) untuk tidak melakukan program keluarga berencana (KB). Fenomena dugaan kurangnya partisipasi masyarakat dalam melakukan program keluarga berencana pada masyarakat di wilayah tersebut menarik untuk diteliti dengan melihat faktor-faktor yang ada pada masyarakat di pemukiman kumuh dalam partisipasi melaksanakan program keluarga berencana, karena ada dugaan bahwa faktor-faktor tersebut menjadi penyebab masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) tidak atau belum melaksanakan program keluarga berencana (KB), sesuai dengan yang dikatakan oleh Julianto Witjaksono, bahwa

“warga miskin di perkotaan banyak yang belum tersentuh program KB karena persepsi bahwa anak merupakan sumber rejeki dan mereka enggan menjangkau tempat pelayanan karena alasan biaya” (Kompas, 29 Maret 2012).

Kemudahan dalam melakukan migrasi menuju kota-kota besar telah menciptakan pemukiman liar (*slum area*). *Detikhealth.com* memberitakan bahwa hasil riset BPS menunjukkan jumlah penduduk miskin di Indonesia pada September 2011 mencapai 29,98 juta orang, dan 10,95 juta berada di perkotaan. Menurut riset BKKBN penduduk miskin perkotaan memiliki anak yang lebih banyak dibanding penduduk non miskin. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah anak yang dimiliki penduduk miskin perkotaan berkisar 3-6 orang (28/03/2012). Memiliki

jumlah anak yang banyak (lebih dari dua), maka masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) masih jauh dari kondisi sejahtera. Menurut Adi terdapat 10 parameter kesejahteraan sosial yaitu parameter jaminan sosial, parameter kesehatan, parameter pendidikan, parameter perumahan, parameter pekerjaan sosial, parameter ketenagakerjaan, parameter ekonomi masyarakat, parameter rekreasi, parameter spiritualitas, dan parameter lingkungan hidup (Adi, 2013: 271).

Adanya realita ini, maka bukanlah hal yang mudah dalam merencanakan program keluarga berencana agar dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Program keluarga berencana sudah dicanangkan beberapa tahun yang lalu guna menekan laju angka pertumbuhan penduduk. Meskipun pemerintah telah merencanakan program Keluarga Berencana (KB) melalui BKKBN, namun hal tersebut belum dilakukan sepenuhnya oleh mereka yang mendiami pemukiman kumuh (*slum area*). Kusumasari dan Budi (dalam Faturochman *et al*, 2004: 167-168) permasalahan dalam pelaksanaan program keluarga berencana tidak hanya teknis medis semata, tetapi terkait pula dengan masalah kemiskinan, nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, dan masalah sosial lainnya. Program keluarga berencana dimaksudkan untuk mengatasi pertumbuhan penduduk yang tinggi dan persebarannya yang tidak merata. Dengan kata lain, masyarakat yang belum melakukan program keluarga berencana, terutama mereka yang mendiami pemukiman kumuh disebabkan karena kondisi sosialnya, seperti mereka memiliki nilai-nilai sendiri yang tidak sesuai dengan nilai-nilai keluarga berencana.

Kepemilikan anak pada masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) bukan tidak mungkin disebabkan oleh filosofi banyak anak banyak rejeki yang telah

mendarahdaging. Tukiran dan Ediasuti menganggap selama nilai pengorbanan (*cost*) yang diberikan kepada anak dianggap lebih rendah daripada keuntungan (*benefit*) yang diperoleh dari anak, maka jumlah anak akan sulit diturunkan. Sedangkan, John Caldwell (dalam Faturochman *et al*, 2004: 39) pada teori penurunan fertilitas yaitu dalam mendukung fertilitas, maka aliran kesejahteraan (*wealth flow*) perlu diubah dari anak ke orang tua menjadi orang tua ke anak, karena akan sulit mencapai jumlah anak yang sedikit apabila tanpa perubahan orientasi terhadap jumlah anak dari para orang tua.

Banyaknya jumlah anak (lebih dari dua) yang dimiliki oleh masyarakat pemukiman kumuh menunjukkan bahwa masih belum dapat diterimanya norma keluarga kecil. Siregar (dalam Maulana, 2008: 47-48) terdapat tiga hambatan yang menyebabkan kurang diterimanya norma keluarga kecil yaitu alasan agama, anak dianggap dapat membantu ekonomi keluarga, dan adat istiadat yaitu memberikan nilai anak laki-laki lebih dari anak perempuan atau sebaliknya.

Masyarakat pemukiman kumuh menilai anak sebagai sumber kesejahteraannya. Dengan memiliki jumlah anak yang banyak, maka penghasilan juga akan meningkat. Hal ini disebabkan karena masyarakat pemukiman kumuh memiliki harapan kepada anaknya, kelak ketika mereka sudah dewasa, mereka dapat menjamin dan meningkatkan kualitas hidup orang tuanya. Oleh karena itu, bagi masyarakat di wilayah tersebut anak merupakan sumber rejeki, sehingga semakin banyak anak semakin banyak rejeki pula, sehingga memiliki jumlah anak banyak (lebih dari dua) dianggap sebagai hal yang wajar.

Adanya fenomena sosial pada masyarakat pemukiman kumuh menunjukkan bahwa jumlah anak yang banyak (lebih dari dua) menjauhkan mereka dari kondisi sejahtera. Kusumasari dan Wahyuni (dalam Faturochman *et al*, 2004: 164) memiliki anak dalam jumlah tidak lebih dari dua akan menjadi sumber kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga. Dengan kata lain, secara rasional apabila hanya memiliki dua anak, maka pengeluaran untuk kebutuhan tidak lebih banyak dibanding dengan jumlah anak yang lebih dari dua, sehingga untuk menuju kehidupan sejahtera dapat dengan mudah dicapai.

Dengan kondisi sosial ekonomi yang berada di bawah garis kemiskinan, maka untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, mereka harus bekerja keras dengan upah yang minim, masih kurang dari cukup, sehingga untuk mendatangi puskesmas atau tenaga medis dalam melakukan pemasangan alat kontrasepsi, dianggap akan mengeluarkan biaya yang cukup besar. Meskipun BKKBN telah memfasilitasi penggunaan alat kontrasepsi dengan gratis, tetapi masyarakat pemukiman kumuh tidak seluruhnya dapat merasakannya. Dengan kata lain, sosialisasi mengenai keluarga berencana masih belum terjangkau pada seluruh masyarakat di wilayah tersebut. Selain itu, alasan yang sering dikemukakan adalah jauhnya puskesmas atau tempat pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, untuk mengakses tempat kesehatan maka mereka juga mengeluarkan biaya transportasi, padahal untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari saja masih jauh dari cukup. Deputi KB dan Kesehatan Reproduksi BKKBN, Julianto Witjaksono menyatakan bahwa

“selain memiliki persepsi bahwa anak merupakan sumber investasi, masyarakat miskin perkotaan juga enggan menjangkau tempat pelayanan karena alasan biaya. Padahal alat kontrasepsi untuk penduduk miskin selalu tersedia dan

tidak dipungut biaya. Oleh karena itu, BKKBN tengah melakukan sejumlah upaya untuk meningkatkan keikutsertaan KB bagi masyarakat di wilayah kumuh perkotaan” (Kompas, 29 Maret 2012).

Dengan kata lain, masyarakat yang mendiami pemukiman kumuh belum memahami betul manfaat mengenai keluarga berencana. Padahal program keluarga berencana dapat menciptakan keluarga yang sejahtera. Hal ini juga dapat disebabkan kurangnya sosialisasi mengenai program keluarga berencana pada masyarakat di wilayah tersebut.

Adanya fenomena banyaknya jumlah anak (lebih dari dua) yang dimiliki oleh masyarakat pemukiman kumuh, menimbulkan kepadatan penduduk. Ada dugaan keengganan masyarakat pemukiman kumuh dalam melaksanakan program keluarga berencana karena anak dianggap sebagai sumber rejeki, selain itu kondisi sosial ekonomi masyarakat di wilayah tersebut yang masih jauh dari kondisi sejahtera, menjadi alasan mereka untuk tidak melaksanakan program keluarga berencana (KB) karena mengharuskannya untuk mengeluarkan biaya, disisi lain masyarakat di wilayah tersebut masih belum mengerti betul mengenai manfaat keluarga berencana. Adanya dugaan tersebut dapat dilihat bagaimana partisipasi melaksanakan program keluarga berencana pada masyarakat di wilayah pemukiman kumuh.

Rumusan Masalah

1. Bagaimana nilai anak pada warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*)?
2. Bagaimana akses layanan kesehatan pada warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*)?
3. Bagaimana pemahaman warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) mengenai program keluarga berencana?

4. Bagaimana partisipasi masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) dalam melaksanakan program keluarga berencana?

Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui nilai anak pada warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*).
2. Untuk mengetahui akses layanan kesehatan pada warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*).
3. Untuk mengetahui pemahaman warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) mengenai program keluarga berencana.
4. Untuk mengetahui partisipasi masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) dalam melaksanakan program keluarga berencana.

Manfaat Penelitian

1. Manfaat Akademis: (a) untuk menguji teori fertilitas yang dikemukakan oleh Blake dan Kingsley Davis dan tingkat-tingkat fertilitas yang dikembangkan Freedman dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif, (b) untuk mengembangkan pola pikir ilmiah agar lebih kritis dalam melihat realitas atau fenomena yang ada terkait partisipasi melaksanakan program keluarga berencana pada masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*).
2. Manfaat Praktis : (a) sebagai bahan referensi untuk peneliti yang ingin melakukan penelitian yang sama, (b) sebagai bahan masukan bagi pengembangan ilmu sosial dan peneliti-peneliti yang berminat dalam melakukan penelitian yang sama, (c) memberikan wawasan serta informasi kepada pemerintah kota maupun pemerintah

daerah mengenai partisipasi melaksanakan program keluarga berencana pada masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*).

KAJIAN TEORITIK

Teori Nilai Anak

Arnold dan Fawcett (1975) dalam Lucas (1990) konsep anak memiliki dimensi:

A) Nilai positif terdiri dari: (1) manfaat emosional: anak membawa kegembiraan dan kebahagiaan ke dalam hidup orang tuanya, anak adalah sasaran cinta kasih dan sahabat bagi orang tuanya, (2) manfaat ekonomi dan ketenagaan: anak dapat membantu ekonomi orang tuanya dengan bekerja di sawah atau di perusahaan keluarga lainnya atau dengan menyeimbangkan upah mereka dapat di tempat lain. Mereka dapat mengerjakan banyak tugas di rumah (sehingga ibu mereka dapat melakukan pekerjaan yang menghasilkan uang), (3) memperkaya dan mengembangkan diri sendiri: memperkaya anak adalah suatu pengalaman belajar bagi orang tua. Anak membuat orang tua lebih matang, lebih bertanggungjawab. Tanpa anak, orang yang telah menikah tidak selalu dapat diterima sebagai orang dewasa dan anggota masyarakat sepenuhnya, (4) mengenali anak: orang tua memperoleh kebanggaan dan kegembiraan dari mengawasi anak-anak mereka tumbuh dan mengajari mereka hal-hal baru, mereka bangga kalau bisa memenuhi kebutuhan anak-anaknya, (5) kerukunan dan kelanjutan keluarga: anak bisa membantu memperkuat ikatan perkawinan antar suami istri dan mengisi kebutuhan suatu perkawinan. Mereka meneruskan garis keluarga, nama keluarga, dan tradisi keluarga.

B) Nilai negatif terdiri dari (1) beban emosional: orang tua sangat mengkhawatirkan

anak-anaknya terutama tentang perilaku anak-anaknya, keamanan dan kesehatan mereka. Dengan adanya anak-anak, rumah akan ramai dan kurang rapi. Kadang-kadang anak-anak itu menjengkelkan, (2) beban ekonomi: Biaya yang harus dikeluarkan untuk memberi makan dan pakaian anak-anak cukup besar, (3) berkurangnya keleluasaan dan kesempatan: Setelah mempunyai anak kebebasan orang tua berkurang, (4) kebutuhan fisik: begitu banyak pekerjaan rumah tambahan yang diperlukan untuk mengasuh anak. Orang tua mungkin lebih lelah, (5) pengorbanan kehidupan pribadi suami istri: waktu yang dinikmati oleh orang tua sendiri berkurang dan orang tua berdebat tentang pengasuhan anak.

C) Nilai keluarga besar terdiri dari: (1) hubungan sanak saudara: anak membutuhkan kakak dan adik, (2) pilihan jenis kelamin: mungkin orang tua memiliki keinginan khusus untuk seorang anak laki-laki atau anak perempuan, atau suatu kombinasi tertentu. Orang tua ingin paling tidak mempunyai satu anak dari masing-masing jenis kelamin atau jumlah yang sama dari kedua jenis kelamin, (3) kelangsungan hidup anak: orang tua membutuhkan banyak anak untuk menjamin agar beberapa akan hidup terus sampai dewasa dan membantu mereka pada masa tua.

D) Nilai keluarga kecil terdiri dari: (1) kesehatan ibu: terlalu sering hamil tidak baik untuk kesehatan ibu, (2) eban masyarakat: dunia ini menjadi terlalu padat. Terlalu banyak anak merupakan beban masyarakat.

Teori Perilaku Kesehatan

Lawrence Green (1980) mengatakan bahwa perilaku kesehatan terbentuk karena kombinasi dari tiga faktor utama yaitu (1) faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor pendahulu yang terwujud diantaranya dalam pengetahuan, sikap,

kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan lain-lain, (2) faktor pendukung (*enabling factors*) diantaranya terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas kesehatan termasuk kemampuan membayar jasa pelayanan kesehatan (3) faktor pendorong (*reinforcing factors*) hal ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas pelayanan kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Retnaningsih, 2013: 62-63).

Pengertian Keluarga Berencana

Menurut WHO (Expert Committee, 1970), keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan umur suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Tujuan umum keluarga berencana, yaitu (1) membentuk keluarga kecil dengan kekuatan sosial ekonomi keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya, (2) mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia. Sedangkan tujuan khusus keluarga berencana, yaitu (1) pengaturan kelahiran, (2) pendewasaan usia perkawinan, (3) peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga, (4) mencegah kehamilan karena alasan pribadi, (5) menjarangkan kehamilan, (6) membatasi jumlah anak.

Tujuan keluarga berencana berdasarkan RENSTRA 2005-2009, meliputi (1) keluarga dengan anak ideal, (2) keluarga sehat, (3) keluarga berpendidikan, (4)

keluarga sejahtera, (5) keluarga berketahanan, (6) keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya, (7) penduduk tumbuh seimbang. Manfaat keluarga berencana bagi ibu, yaitu (1) perbaikan kesehatan, (2) peningkatan kesehatan, (3) waktu yang cukup untuk mengasuh anak, (4) waktu yang cukup untuk istirahat, (5) menikmati waktu luang, (6) dapat melakukan kegiatan lain. Manfaat keluarga berencana bagi anak, yaitu (1) dapat tumbuh dengan wajar dan sehat, (2) memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup, (3) perencanaan kesempatan pendidikan lebih baik. Manfaat untuk keluarga, yaitu (1) meningkatkan kesejahteraan keluarga, (2) harmonisasi keluarga lebih terjaga.

Teori Fertilitas

Ada sejumlah variabel yang secara langsung berkaitan dengan tahap-tahap reproduksi yang disebut oleh Blake dan Davis (1956) sebagai variabel antara. Tiga tahap penting dalam proses reproduksi sebagaimana yang dikenal dan digunakan dalam hidup bermasyarakat, yaitu pertama hubungan kelamin, kedua konsepsi, dan ketiga kehamilan dan kelahiran. Semuanya ada 11 variabel antara yang dikelompokkan sebagai berikut

- I. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemungkinan untuk variabel hubungan kelamin
 - I.A. Faktor-faktor yang mengatur dan meniadakan hubungan kelamin dalam masa reproduksi: (1) umur memulai hubungan kelamin, (2) selibat permanen : proporsi wanita yang tidak pernah mengadakan hubungan kelamin, (3) lamanya periode reproduksi sesudah atau diantara masa hubungan kelamin :
 - (a) bila kehidupan bersuami istri itu berakhir karena perceraian, perpisahan

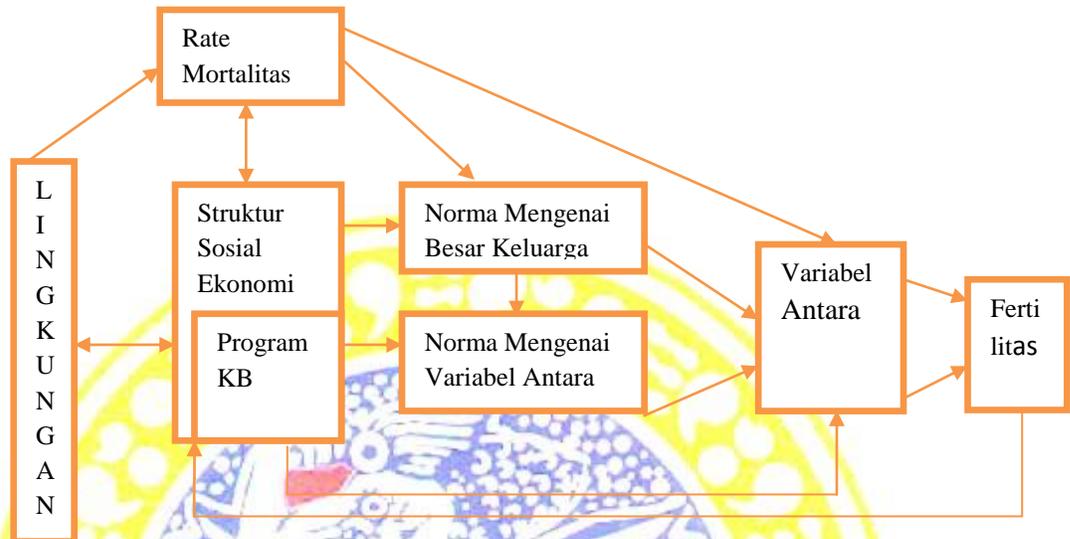
atau salah seorang melarikan diri, (b) bila kehidupan bersuami istri itu berakhir karena partner lelaki meninggal.

- I. B Faktor-faktor yang mengatur kemungkinan untuk hubungan kelamin di dalam perkawinan: (4) abstinensi sukarela, (5) berpantang karena terpaksa (oleh impotensi, sakit berpisah sementara yang tidak dapat dihindari), (6) frekuensi hubungan seks (tidak termasuk masa abstinensi)
- II. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemungkinan untuk konsepsi: (7) kesuburan atau kemandulan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor yang tidak sengaja, (8) menggunakan atau tidak menggunakan metode-metode kontrasepsi : (a) menggunakan cara-cara mekanis dan bahan-bahan kimia, (b) menggunakan cara-cara lain (seperti metode ritme dan senggama terputus), (9) kesuburan atau kemandulan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor yang disengaja
- III. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan dan kelahiran dengan selamat: (10) mortalitas janin yang disebabkan oleh faktor-faktor yang tidak sengaja, (11) mortalitas janin oleh faktor-faktor yang disengaja

Menurut generalisasi sementara yang dibuat Blake dan Davis, masyarakat sedang berkembang (pra industri) cenderung memiliki nilai fertilitas yang tinggi untuk variabel 1, 2, 8, 9 nilai-nilai yang biasanya yang rendah untuk variabel 4 dan 10. Sedangkan untuk variabel 5, 6, dan 7 sulit ditemukan perbedaan yang konsisten bila dibandingkan antara masyarakat pra industri dan masyarakat industri (Rusli, 2012: 111-113). Model-model atau kerangka analisis yang kemudian dikembangkan menempatkan variabel antara sebagai unsur yang sangat penting. Model yang

dikembangkan Freedman (1962) atas dasar model yang diusulkan Davis dan Blake.

Berikut gambar suatu model analisis sosiologi dari tingkat-tingkat fertilitas.



Suatu Model Bagi Analisis Sosiologi dari Tingkat-Tingkat Fertilitas
(Sumber: Rusli, 2012: 113)

Beragam faktor dalam mempengaruhi dan menentukan fertilitas bekerja melalui variabel antara. Pada gambar tampak bahwa antara lingkungan dan struktur sosial ekonomi saling mempengaruhi, sementara lingkungan mempengaruhi rate mortalitas. Saling mempengaruhi juga terjadi antara struktur sosial ekonomi dengan rate mortalitas, struktur sosial ekonomi dengan norma mengenai besar keluarga, struktur sosial ekonomi dengan norma mengenai variabel antara, norma mengenai besar keluarga dengan variabel antara, dan norma mengenai variabel antara dengan variabel antara.

Selain itu, struktur sosial ekonomi dan rate mortalitas secara langsung mempengaruhi variabel antara. Sebaliknya fertilitas dapat mempengaruhi variabel antara, rate mortalitas, dan struktur sosial ekonomi. Dengan demikian perbedaan-

perbedaan fertilitas antar masyarakat maupun antar waktu dari suatu masyarakat baru dapat dipahami bilamana telah dipahami beragam faktor yang secara langsung maupun tidak langsung berinteraksi dengan fertilitas (Rusli, 2012: 113-114).

PEMBAHASAN

1. Nilai anak terdiri dari (1) nilai positif (manfaat emosional, manfaat ekonomi, manfaat ketenagaan, memperkaya dan mengembangkan diri, kerukunan dan keberlanjutan keluarga), (2) nilai negatif (beban emosional, beban ekonomi, hilangnya kesempatan, perdebatan dengan pasangan, kelelahan fisik), (3) nilai keluarga besar (Anak sebagai investasi di masa tua).
2. Akses layanan kesehatan terdiri dari (1) faktor pendukung (kemudahan akses layanan kesehatan), (2) faktor pendorong (adanya bantuan alat kontrasepsi gratis dan adanya penyuluhan mengenai program KB (sebagian kecil masyarakat)).
3. Pemahaman mengenai program KB terdiri dari (1) tujuan program KB (untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera, yaitu keluarga kecil tidak harus memiliki dua anak, tetapi lebih dari dua), (2) jenis alat kontrasepsi yang banyak diketahui (kontrasepsi hormonal: pil suntik, dan implant), (3) Manfaat alat kontrasepsi yang diketahui (mengatur interval dalam kehamilan), (4) Saran yang banyak disampaikan masyarakat (Sosialisasi mengenai program KB lebih sering dilakukan, memerlukan tokoh acuan dalam melakukan program KB, hendaknya program KB menyarankan memiliki tiga anak, bukan dua anak).

4. Partisipasi melaksanakan program keluarga berencana pada masyarakat pemukiman (slum area) yaitu

- Dari 100 responden, sebanyak 82 responden yang menggunakan metode kontrasepsi, dengan sebanyak 73 responden dengan persentase sebesar 89% memilih menggunakan metode kontrasepsi hormonal, sebanyak 6 responden dengan persentase sebesar 7,3% memilih menggunakan kontrasepsi permanen, dan sebanyak 3 responden dengan persentase sebesar 3,7% memilih menggunakan metode kontrasepsi sederhana.
- Dari 100 responden sebanyak 92 responden yang melakukan program keluarga berencana, dengan rincian sebanyak 69 responden dengan persentase sebesar 75% melakukan program KB (pengontrolan kehamilan: rencana memiliki anak dalam jangka waktu tertentu), sebanyak 15 responden dengan persentase sebesar 16,3% melakukan program KB (pembatasan jumlah kelahiran: stop terjadinya kelahiran), sebanyak 8 responden dengan persentase sebesar 8,7% melakukan program KB (perencanaan kehamilan: rencana segera memiliki anak).

KESIMPULAN

1. Pada masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*), anak memiliki dimensi nilai positif, berdimensi nilai negatif, dan nilai keluarga besar.

2. Pada masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*), akses layanan kesehatan memiliki faktor pendukung (*enabling factors*) faktor pendorong (*reinforcing factors*).
3. Pengetahuan masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) mengenai program keluarga berencana yaitu sebatas pada pengaturan kelahiran dan dapat mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera, dalam hal ini keluarga kecil tidak harus memiliki anak lebih dari dua.
4. Partisipasi melaksanakan program keluarga berencana pada masyarakat pemukiman (*slum area*) yaitu melaksanakan program keluarga berencana dengan menggunakan metode kontrasepsi hormonal. Metode kontrasepsi hormonal dipilih karena dapat sewaktu-waktu dilepas atau tidak digunakan ketika ingin memiliki anak. Program keluarga berencana yang dilakukan yaitu menjaga jarak kehamilan. Program keluarga berencana yang dilakukan tidak bertujuan membatasi jumlah anak yaitu dua anak, tetapi hanya sekedar menjarangkan jarak kelahiran dengan memiliki anak lebih dari dua.

Saran

1. Sosialisasi mengenai program keluarga berencana perlu ditingkatkan dan menjangkau seluruh masyarakat agar masyarakat, terutama warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) agar memahami program keluarga berencana tidak hanya sebatas menjarangkan jarak kelahiran, tetapi lebih memahami tujuan program keluarga berencana serta manfaat metode kontrasepsi seperti yang telah dicetuskan oleh BKKBN.

2. Pemberian bantuan alat kontrasepsi gratis lebih diratakan kepada seluruh lapisan masyarakat, terutama warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*).
3. Perlu adanya tokoh rujukan yang dapat dijadikan panutan bagi warga masyarakat pemukiman kumuh (*slum area*) dalam melaksanakan program keluarga berencana.

DAFTAR PUSTAKA

Adi, Isbandi Rukminto. 2013. *Kesejahteraan Sosial (Pekerjaan Sosial, Pembangunan Sosial, dan Kajian Pembangunan)*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.

Ariono, R. Rushadi. 2011. *Fertilitas di Perkotaan: Studi Deskripsi Tentang Persepsi Wanita Muda Penghuni Rumah Susun Terhadap Permintaan Anak di Kota Surabaya*.

BPS Kota Surabaya. *Kecamatan Kenjeran dalam angka 2013*

Faturochman, dkk, eds. 2004. *Dinamika Kependudukan dan Kebijakan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

Kurniawan, Albert. 2011. *Serba-Serbi Analisis Statistika dengan Cepat dan Mudah*. Jasakom.

Maulana, Taufik. 2009. *Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Fertilitas di Jawa Timur Tahun 2002 – 2006*.

Morissan. 2012. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: Kencana.

Noor, Juliansyah. 2015. *Metode Penelitian: Skripsi, Tesis, Disertasi, dan Karya Ilmiah*. Jakarta: Prenadamedia Group.

Retnaningsih, Ekowati. 2013. *Akses Layanan Kesehatan*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.

Rusli, Said. 2012. *Pengantar Ilmu Kependudukan*. Jakarta: LP3ES.

Singarimbun, Masri, Sofian Effendi. 1995. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: PT Pustaka LP3ES Indonesia.

Sumber Online:

balitbang.sumutprov.go.id (diakses pada 31 April 2015).

ciptakarya.pu.go.id/bangkim/kumuhmain.php?module=home (diakses pada 3 Mei 2015).

infopublik.citrahost.com/read/18618/bkkbn-sasar-kesertaan-kb-pada—masyarakat-miskin-perkotaan-html (diakses pada 29 April 2015).

jurnalbidandiah.blogspot.so.id/2012/07/sejarah-kb-di-indonesia_21.html?m=1 (diakses pada 31 Maret 2016).

kaltim.bkkbn.go.id/_layout (diakses pada 2 Mei 2015).

m.detik.com/health/read (diakses pada 1 Mei 2015).

m.kompas.com/health/read (diakses pada 25 April 2015).

puwantiidewii.blogspot.com/2012/11/konsep-dasar-kb-dan-jenisjenis.html?m=1 (diakses pada 5 Mei 2015).

