



Kementerian Kependudukan dan
Pembangunan Keluarga/BKKBN

NASKAH AKADEMIK

Penataan Unit Pelaksana Teknis



**Kementerian Kependudukan dan
Pembangunan Keluarga/BKKBN**

DAFTAR ISI

COVER.....	1
DAFTAR ISI.....	2
DAFTAR GAMBAR	5
DAFTAR TABEL.....	7
<i>Executive Summary</i>	8
BAB I PENDAHULUAN.....	11
1.1 Latar Belakang	11
1.2 Arah Pembangunan Nasional Berbasis Kependudukan dan Keluarga...	19
1.3 Permasalahan Implementasi Program di Daerah	38
1.4 Urgensi Pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi	42
1.5 Tujuan dan Sasaran Pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi	48
1.6 Metodologi Penyusunan Naskah	50
BAB II LANDASAN TEORETIS DAN KONSEPTUAL PEMBENTUKAN UPT KEMENDUKBANGGA/BKKBN PROVINSI	55
2.1 Kerangka Kebijakan Publik untuk Analisis Pembentukan UPT.....	55
2.2 Landasan Teoretis Pembangunan Keluarga.....	60
2.3 Landasan Teoretis Kependudukan	63
2.4 Landasan Teoretis Pelayanan Publik dan Kelembagaan.....	65
2.5 Kerangka Konseptual Pembangunan Keluarga, Kependudukan, dan Keluarga Berencana.....	68
2.6 Kerangka Sistem dalam Pembentukan UPT.....	70
2.7 Kerangka Analisis Permasalahan	72

2.8	Kerangka Analitis Pembentukan UPT.....	74
-----	--	----

BAB III GAMBARAN UMUM KONDISI PEMBANGUNAN KELUARGA, KEPENDUDUKAN, DAN KB..... 76

3.1	Jumlah Penduduk	76
3.2	Komposisi Penduduk	77
3.3	<i>Sex Ratio</i>	78
3.4	Kelahiran/Fertilitas	78
3.5	Rasio Ketergantungan.....	88
3.6	Bonus Demografi	92
3.7	Transisi Demografi.....	100
3.8	Mortalitas	108
3.9	Pembangunan Keluarga.....	122
3.10	Ketahanan Ekonomi	129
3.11	Persebaran Penduduk.....	134

BAB IV DESAIN KELEMBAGAAN, FUNGSI, DAN TATA KELOLA UPT KEMENDUKBANGGA/BKKBN PROVINSI 139

4.1	Landasan Pengembangan Desain UPT	139
4.2	Tujuan, Fungsi, dan Peran Strategis UPT.....	142
4.3	Tujuan Pembentukan UPT	143
4.4	Fungsi Pembentukan UPT.....	143
4.5	Struktur Organisasi UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi	148
4.6	Usulan Struktur Organisasi UPT	148
4.7	Sumber Daya Manusia dan Kapasitas.....	149
4.8	Analisis Dampak Kelembagaan UPT.....	151

BAB V PENUTUP	156
DAFTAR PUSTAKA	159

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2020.....	21
Gambar 3. 1 Jumlah Penduduk Hasil Sensus (Juta Jiwa)	77
Gambar 3. 2 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2010 dan 2020	78
Gambar 3. 3 Angka Kelahiran Total (TFR)	80
Gambar 3. 4 Angka Kelahiran Total Berdasarkan Pulau Tahun 2020	81
Gambar 3. 5 Angka kelahiran menurut kelompok umur (ASFR)	83
Gambar 3. 6 ASFR menurut provinsi di Indonesia Tahun 2017	84
Gambar 3. 7 Angka Kelahiran Pada Usia 15-19 Tahun Menurut Daerah Tempat Tinggal Indonesia	85
Gambar 3. 8 Struktur Penduduk dan Rasio Ketergantungan Indonesia 1971– 2020	90
Gambar 3. 9 Angka Ketergantungan Penduduk Indonesia 2020-2050	91
Gambar 3. 10 Rasio Ketergantungan Menurut Provinsi Tahun 2020	92
Gambar 3. 11 Rasio Ketergantungan di Indonesia.....	96
Gambar 3. 12 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2020.....	102
Gambar 3. 13 Transisi demografi berdasarkan beberapa indikator sosial dan demografi utama.....	105
Gambar 3. 14 Angka Kematian Ibu (AKI)	112
Gambar 3. 15 Angka Kematian Ibu (AKI) Menurut Provinsi	112
Gambar 3. 16 Angka Kematian Bayi (AKB)	118
Gambar 3. 17 Angka Kematian Bayi/AKB (<i>Infant Mortality Rate/IMR</i>) Menurut Provinsi Tahun 2020	121
Gambar 3. 18 Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia Tahun 2022.....	122
Gambar 3. 19 Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin di Indonesia 2002- 2022	131
Gambar 3. 20 Persebaran Penduduk Indonesia Tahun 1971-2010	135
Gambar 3. 21 Peta Persebaran Penduduk Indonesia Tahun 2020.....	136
Gambar 4. 1 Peta Strategi Unit Pelaksana Teknis.....	145
Gambar 4. 2 <i>Henry Mintzberg's theory of organizational structure</i>	147

Gambar 4. 3 Struktur UPT Balai Besar Kependudukan dan Pembangunan Keluarga.....	148
Gambar 4. 4 Struktur Organisasi UPT Balai Kependudukan dan Keluarga Berencana	148

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Jumlah Pegawai.....	150
--------------------------------	-----

Executive Summary

Pembangunan nasional Indonesia memasuki fase strategis 2025–2045, di mana dinamika kependudukan, kualitas keluarga, dan struktur demografi menjadi faktor penentu keberhasilan visi Indonesia Emas. Penduduk dan keluarga bukan lagi dianggap sebagai objek pembangunan, melainkan subjek utama yang menentukan produktivitas nasional, ketahanan sosial, serta keberlanjutan pembangunan. Oleh karena itu, diperlukan tata kelola kependudukan yang kuat, terintegrasi, dan responsif terhadap variasi kondisi daerah.

Saat ini implementasi pembangunan keluarga, pengendalian penduduk, dan keluarga berencana (Bangga Kencana) menunjukkan ketimpangan signifikan antarwilayah. Perbedaan nomenklatur Organisasi Perangkat Daerah (OPD), lemahnya transmisi kebijakan pusat–daerah, variasi kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM), ketidakmerataan layanan Keluarga Berencana (KB), keterbatasan pengawasan teknis, fragmentasi data lintas sektor, serta dinamika sosial-budaya lokal menyebabkan target-target nasional seperti penurunan *stunting*, peningkatan modern CPR, penurunan angka kawin muda, dan penguatan ketahanan keluarga—tidak tercapai secara merata. Tanpa struktur teknis yang melekat di provinsi, kebijakan nasional sering diterjemahkan secara parsial dan tidak konsisten.

Indonesia menghadapi tiga beban demografi utama: (1) peluang bonus demografi, (2) ancaman penuaan penduduk, dan (3) ketimpangan persebaran penduduk antarwilayah. Peluang bonus demografi hanya dapat dimanfaatkan bila kualitas SDM meningkat melalui layanan keluarga yang kuat; sementara risiko penuaan penduduk menuntut sistem pengasuhan dan perlindungan sosial adaptif. Fragmentasi layanan dasar dan ketidakterpaduan data keluarga, kesehatan, sosial, dan pendidikan memperlemah fondasi kebijakan berbasis bukti.

Kondisi di atas mempertegas kebutuhan pembentukan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kemendukbangga/BKKBN Provinsi sebagai instrumen kelembagaan untuk memastikan konsistensi, kualitas, dan pemerataan pelaksanaan kebijakan pembangunan keluarga dan kependudukan. UPT berfungsi sebagai pusat kompetensi teknis di wilayah, dengan mandat supervisi, pembinaan, standardisasi layanan, integrasi data, dan koordinasi lintas sektor. Kehadiran UPT memungkinkan penguatan layanan konseling keluarga, validasi data keluarga, pengelolaan rantai pasok kontrasepsi, pemetaan risiko keluarga, pelatihan SDM, dan penyusunan rekomendasi kebijakan daerah. Pembentukan UPT Provinsi menjadi kebutuhan mendesak untuk:

- a. Mengurangi ketimpangan implementasi program antarwilayah.
- b. Menjamin standar layanan KB, kesehatan reproduksi, dan konseling keluarga diterapkan merata.
- c. Mengintegrasikan data keluarga lintas sektor sebagai dasar perencanaan.
- d. Memperkuat kapasitas SDM penyuluh, konselor keluarga, dan analisis data.
- e. Meningkatkan efektivitas supervisi kabupaten/kota dan percepatan capaian RPJMN–RPJPN.
- f. Menyediakan simpul koordinasi antarsektor yang selama ini belum efektif.
- g. Mendukung strategi nasional dalam pemanfaatan bonus demografi dan mitigasi penuaan penduduk.

Dengan UPT provinsi, Kemendukbangga/BKKBN akan memiliki perpanjangan tangan yang operasional, teknis, dan strategis untuk memastikan integrasi pembangunan keluarga ke seluruh lini pemerintah daerah. UPT merupakan mesin percepatan (*accelerating unit*) yang diperlukan untuk menjaga keseragaman standar layanan, memperkuat sistem monitoring dan evaluasi, mengintegrasikan data keluarga, dan memastikan

bahwa seluruh provinsi menerjemahkan amanat nasional secara tepat. Tanpa UPT, kesenjangan kinerja daerah akan terus melebar dan memengaruhi keberhasilan pembangunan manusia Indonesia secara nasional.

Secara keseluruhan, pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan prasyarat struktural untuk mencapai pembangunan keluarga yang kuat, tata kelola kependudukan yang modern, serta sistem pembangunan manusia yang berkelanjutan menuju Indonesia Emas 2045.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Arah pembangunan nasional dalam pemerintahan saat ini dirumuskan melalui visi strategis yang dikenal sebagai Asta Cita Presiden. Asta Cita sebagai prioritas pembangunan nasional mencakup berbagai agenda strategis dengan delapan agenda prioritas yang menekankan pada penguatan kedaulatan negara, pembangunan ekonomi yang berkeadilan, peningkatan kualitas sumber daya manusia, pemerataan pembangunan antarwilayah, penguatan ketahanan sosial dan budaya, serta pembangunan yang berkelanjutan dan inklusif. Dalam kerangka tersebut, pembangunan manusia dan keluarga menjadi salah satu fondasi penting untuk memastikan bahwa seluruh proses pembangunan nasional berjalan secara berkesinambungan, dengan menempatkan kesejahteraan masyarakat sebagai tujuan utama pembangunan.

Aspek kependudukan menjadi faktor kunci yang sangat menentukan. Sejalan dengan visi pemerintahan Presiden yang tertuang dalam Asta Cita secara tegas menetapkan pembangunan sumber daya manusia sebagai salah satu dari delapan misi utama pemerintahan periode 2024–2029. Pada Asta Cita keempat, Presiden berkomitmen untuk memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda, dan penyandang disabilitas. Secara eksplisit, Presiden Prabowo berkomitmen pada pengembangan sumber daya manusia melalui peningkatan kualitas pendidikan, kesehatan, dan akses terhadap teknologi, sekaligus mendorong kesetaraan gender dengan meningkatkan peran perempuan, pemuda, dan penyandang disabilitas dalam berbagai sektor pembangunan. Dinamika jumlah penduduk, struktur umur, persebaran penduduk, serta kualitas sumber daya manusia

memiliki keterkaitan langsung dengan keberhasilan pelaksanaan agenda pembangunan nasional.

Kependudukan, dengan seluruh dimensi, elemen, serta perspektif yang melekat di dalamnya, memiliki arti yang sangat mendasar dan strategis dalam membangun suatu bangsa dan negara. Kependudukan tidak hanya dipahami sebagai persoalan jumlah penduduk semata, melainkan mencakup spektrum yang sangat luas dan kompleks dalam keseluruhan konstelasi tata kelola pembangunan nasional. Kedudukan dan peranan kependudukan dalam proses pembangunan sangat bergantung pada cara pandang, orientasi kebijakan, serta keyakinan para penyelenggara pemerintahan dalam memaknai dan memanfaatkan dinamika kependudukan sebagai bagian yang tidak dapat dipisahkan dari pembangunan jangka panjang.

Perlu dipahami dan diyakini secara mendalam bahwa setiap langkah pengambilan kebijakan dalam menangani maupun mengelola pokok-pokok permasalahan kependudukan akan menimbulkan dampak serta konsekuensi tertentu terhadap keberlangsungan penyelenggaraan pembangunan. Dinamika kependudukan yang tidak dikelola secara tepat berpotensi menimbulkan dampak serius, mulai dari terganggunya stabilitas pembangunan hingga ancaman terhadap keutuhan wilayah dalam satu negara atau bahkan eksistensi bangsa dan negara itu sendiri. Oleh karena itu, permasalahan kependudukan harus mendapat perhatian yang serius, cermat, komprehensif, serta dilaksanakan secara kolaboratif lintas sektor, dengan dukungan instrumen kebijakan pengelolaan kependudukan yang memiliki legitimasi hukum dan kekuatan yang mengikat.

Dalam perkembangan terkini, terdapat dua arus utama dalam memandang persoalan kependudukan di Indonesia. Pertama, pandangan yang memaknai persoalan kependudukan secara terbatas, yakni hanya berkaitan dengan fertilitas atau tingkat kelahiran, mortalitas atau tingkat kematian yang relatif tinggi, serta dinamika persebaran dan migrasi penduduk. Kedua, pandangan yang melihat persoalan kependudukan sebagai hubungan timbal balik yang erat antara dinamika penduduk dengan

berbagai permasalahan pembangunan, termasuk aspek politik, ekonomi, lingkungan, sosial budaya, serta perlindungan dan keamanan nasional.

Pandangan pertama merepresentasikan perspektif kependudukan yang sempit dan parsial, sedangkan pandangan kedua menempatkan hubungan antara kependudukan dan pembangunan dalam kerangka yang luas, utuh, dan komprehensif. Dalam konteks pembangunan kependudukan di Indonesia, perspektif kedua inilah yang seharusnya dijadikan sebagai dasar berpikir utama, dengan menempatkan hubungan antara kependudukan dan pembangunan secara menyeluruh dalam setiap tahapan penyusunan dan implementasi kebijakan.

Mewujudkan kebijakan nasional kependudukan yang bersifat komprehensif, terintegrasi, dan konvergen dalam praktik pembangunan bukanlah persoalan yang sederhana. Kondisi ini dipengaruhi oleh dinamika globalisasi, proses demokratisasi, serta pelaksanaan desentralisasi pemerintahan yang dalam banyak hal justru menimbulkan disinsentif terhadap kebijakan kependudukan sebagai isu strategis. Dalam konteks tersebut, kebijakan kependudukan sering kali tidak memperoleh prioritas yang kuat dan mampu dalam agenda pembangunan nasional maupun prioritas daerah.

Dalam praktik penyelenggaraan pemerintahan, sering terjadi ketidakselarasan kebijakan kependudukan antarsektor maupun antartingkat pemerintahan. Selain itu, relatif jarang ditemukan kebijakan yang secara langsung dan terencana mampu memengaruhi karakteristik penduduk suatu masyarakat. Kondisi ini menyebabkan kebijakan kependudukan berjalan secara parsial dan kurang terintegrasi dengan kebijakan pembangunan lainnya, sehingga dampak yang dihasilkan tidak optimal.

Terdapat beberapa faktor utama yang menyebabkan munculnya disinsentif terhadap kebijakan kependudukan sebagai strategi kebijakan. Pertama, kebijakan kependudukan umumnya dirumuskan sebagai respons terhadap suatu peristiwa atau kondisi tertentu dengan pertimbangan jangka pendek, sementara hasil dan dampaknya baru dapat dirasakan dalam jangka

panjang. Akibatnya, kebijakan ini sering kali kurang mendapat perhatian dalam siklus perencanaan dan pengambilan keputusan yang berorientasi pada pencapaian jangka pendek.

Kedua, kriteria keberhasilan kebijakan kependudukan sering kali bersifat ambigu dan tidak mudah diukur. Misalnya, keberhasilan dalam menekan laju pertumbuhan penduduk dapat berimplikasi pada berkurangnya proporsi penduduk usia produktif di masa depan, sekaligus meningkatkan beban penduduk lanjut usia, sebagaimana dialami oleh beberapa negara maju seperti Jepang. Kondisi ini menimbulkan dilema dalam menilai keberhasilan kebijakan kependudukan secara komprehensif.

Ketiga, intervensi kebijakan kependudukan pada umumnya dirancang untuk mengubah perilaku individu atau keluarga, namun evaluasi dampak kebijakan tersebut dilakukan di tingkat nasional. Dalam banyak kasus, biaya politik yang harus ditanggung dalam pelaksanaan kebijakan kependudukan yang dipersepsikan tidak sebanding dengan manfaat politik yang diperoleh, sehingga komitmen terhadap kebijakan ini menjadi lemah.

Keempat, konsistensi kebijakan kependudukan juga dipengaruhi oleh kenyataan bahwa isu kependudukan sering kali tidak dianggap sebagai isu yang mampu membangun dukungan politik yang kuat. Akibatnya, keinginan dan kesinambungan kebijakan kependudukan kerap terjadi dalam dinamika politik dan pemerintahan.

Kelima, kelompok sasaran dalam intervensi kebijakan kependudukan pada umumnya merupakan kelompok masyarakat yang relatif sulit untuk dimobilisasi. Hal ini menyebabkan proses advokasi dan implementasi kebijakan kependudukan menghadapi tantangan yang lebih besar dibandingkan dengan kebijakan sektor lainnya.

Berdasarkan berbagai kondisi tersebut, menjadi penting untuk memahami secara lebih mendalam argumentasi yang melandasi urgensi pembangunan kependudukan di Indonesia. Setidaknya terdapat tiga argumentasi utama yang perlu menjadi perhatian dalam merumuskan kebijakan pembangunan kependudukan. Pertama, adanya kebutuhan mendesak untuk mengintegrasikan variabel kependudukan ke dalam proses

pembangunan secara menyeluruh dan sistematis. Kedua, adanya mandat pembangunan kependudukan yang secara eksplisit telah diamanatkan dalam berbagai peraturan dan perundang-undangan. Ketiga, perlunya menetapkan suatu acuan kebijakan pembangunan kependudukan yang terintegrasi dan selaras dengan konteks pembangunan nasional Indonesia.

Integrasi data dan informasi kependudukan merupakan komponen penting yang harus dipenuhi dalam perencanaan pembangunan yang berkelanjutan. Ketersediaan data kependudukan yang akurat, mutakhir, dan terintegrasi menjadi dasar untuk memastikan bahwa berbagai kegiatan dan program pembangunan yang akan dilaksanakan telah sesuai dengan situasi, kondisi, serta karakteristik kependudukan yang ada. Secara kontekstual, prinsip ini menempatkan penduduk sekaligus sebagai subjek dan objek pembangunan dalam satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

Dalam kerangka integrasi penduduk ke dalam pembangunan, terdapat dua mekanisme utama yang dapat digunakan. Mekanisme pertama adalah menjadikan kependudukan sebagai dasar dalam tujuan pembangunan. Dalam pendekatan ini, variabel kependudukan diperlakukan sebagai variabel independen, dengan asumsi bahwa setiap perubahan pada variabel kependudukan akan berdampak terhadap pencapaian tujuan kebijakan pembangunan yang telah ditetapkan.

Mekanisme kedua memperlakukan variabel kependudukan sebagai sasaran yang dapat diubah melalui pelaksanaan pembangunan sosial, budaya, dan ekonomi. Pada saat ini, dampak dari proses pembangunan akan menuntut adanya perubahan pada karakteristik kependudukan agar selaras dengan kinerja serta pencapaian pembangunan secara keseluruhan.

Melalui kedua mekanisme tersebut, integrasi kependudukan dan pembangunan diharapkan mampu menghasilkan kebijakan pembangunan yang lebih responsif, adaptif, dan berkelanjutan. Pendekatan ini menegaskan bahwa pembangunan tidak dapat lepas dari dinamika penduduk, dan sebaliknya, perubahan kependudukan juga dipengaruhi oleh arah dan kualitas pembangunan yang dilaksanakan.

Pembangunan pada hakikatnya harus dikembangkan dengan perhitungan kemampuan, kapasitas, serta karakteristik masyarakat agar seluruh komponen masyarakat dapat berpartisipasi secara aktif dalam dinamika pembangunan yang sedang berlangsung. Sebaliknya, pembangunan baru dapat dikatakan berhasil apabila mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam pengertian yang luas, tidak hanya terbatas pada aspek ekonomi, tetapi juga mencakup dimensi sosial, budaya, dan kualitas hidup secara menyeluruh.

Untuk menjawab pertanyaan mendasar mengenai mengapa integrasi antara penduduk dan pembangunan menjadi suatu kebutuhan yang tidak dapat diabaikan, terdapat tiga pemikiran utama yang perlu diperhatikan. Pertama, dalam konsep integrasi penduduk dan pembangunan, penduduk tidak lagi diposisikan semata-mata sebagai objek pembangunan, melainkan juga sebagai subjek pembangunan. Pendekatan ini sejalan dengan paradigma pembangunan yang berpusat pada manusia atau pembangunan yang berpusat pada masyarakat, yang menempatkan manusia sebagai inti dari seluruh proses pembangunan.

Paradigma pembangunan lama yang menempatkan penduduk hanya sebagai objek pembangunan telah mengurangi bahkan meniadakan partisipasi aktif masyarakat dalam proses pembangunan. Dalam paradigma tersebut, masyarakat sering dianggap tidak memahami pembangunan dan hanya berperan sebagai penerima manfaat dari hasil pembangunan yang telah dirancang secara sepihak. Pola semacam ini mencerminkan proses penyusunan kebijakan yang bersifat *top-down* dan berpotensi menimbulkan berbagai persoalan di kemudian hari.

Pembangunan pada dasarnya merupakan suatu proses perubahan sosial yang mensyaratkan keterlibatan aktif masyarakat dalam setiap tahapan pembangunan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi terhadap proses dan hasil pembangunan. Tanpa partisipasi masyarakat, pembangunan berisiko kehilangan relevansi dengan kebutuhan riil penduduk serta berpotensi gagal mencapai tujuan yang diharapkan.

Kedua, ketika masyarakat ditempatkan sebagai subjek pembangunan, maka diperlukan upaya pemberdayaan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap hak-haknya sekaligus meningkatkan kapasitas dan kapabilitasnya. Pemberdayaan tersebut dilakukan melalui pembangunan sumber daya manusia sebagai bagian dari upaya mempersiapkan manusia yang berkualitas, sehingga mampu mendukung pengembangan mekanisme perencanaan pembangunan yang bersifat *bottom-up*.

Penduduk diharapkan dapat berpartisipasi secara aktif dan berkontribusi dalam pembangunan sebagai wujud pelaksanaan amanat Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga. Partisipasi masyarakat dalam pembangunan menjadi elemen penting dalam memastikan bahwa kebijakan dan program yang dirumuskan benar-benar mencerminkan kebutuhan serta aspirasi masyarakat.

Secara kontekstual, Indonesia telah menyesuaikan arah kebijakan pembangunan kependudukan dengan berbagai kesepakatan dan komitmen internasional, termasuk Deklarasi Bali serta *Program of Action* dari *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994. Dalam kerangka tersebut, fokus pembangunan kependudukan mengalami rentang dari pendekatan yang sangat terbatas, yakni pendekatan klinis yang menitikberatkan pada kesehatan ibu dan anak, menuju rentang demografis yang lebih luas dan mencakup pembangunan penduduk dan keluarga sebagai satu sistem.

Perubahan pendekatan tersebut juga tercermin dalam dinamika kebijakan terkait isu kesehatan reproduksi, kualitas pelayanan, serta upaya pencapaian kesejahteraan keluarga. Namun demikian, hingga saat ini capaian yang dihasilkan masih belum sepenuhnya memuaskan, karena masih terdapat berbagai agenda pembangunan kependudukan yang belum terselesaikan, khususnya dalam hal integrasi masyarakat ke dalam pembangunan secara menyeluruh dan berkelanjutan.

Ketiga, apabila variabel kependudukan diabaikan dalam proses perencanaan pembangunan, maka pencapaian pembangunan berkelanjutan akan sangat sulit terwujud. Salah satu contoh yang paling sederhana dapat dilihat pada kebijakan pengelolaan jumlah penduduk. Ketika jumlah penduduk telah melampaui daya dukung dan daya tampung lingkungan tanpa adanya kebijakan pengendalian yang mampu, maka degradasi lingkungan, kerusakan sumber daya alam, serta kerugian bagi generasi mendatang menjadi konsekuensi yang tidak terhindarkan.

Pada tataran teknis, khususnya dalam kegiatan perencanaan sektoral, variabel kependudukan memiliki peran yang sangat penting dalam mempermudah proses perencanaan serta perhitungan keseimbangan antara ketersediaan pasokan (*supply*) dan kebutuhan (*demand*) sumber daya. Dalam perencanaan pembangunan pendidikan, misalnya penyediaan sarana dan prasarana pendidikan harus didasarkan pada perhitungan jumlah penduduk usia sekolah yang akan dilayani. Demikian pula dalam perencanaan ketenagakerjaan, data jumlah angkatan kerja hanya dapat diproyeksikan secara akurat apabila tersedia perkiraan jumlah penduduk menurut kelompok umur.

Hal yang sama berlaku dalam perencanaan sektor kesehatan, di mana penentuan kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan sangat bergantung pada keakuratan proyeksi jumlah penduduk. Oleh karena itu, ketersediaan data kependudukan yang memiliki akuntabilitas dan presisi tinggi menjadi prasyarat mutlak bagi perencanaan pembangunan yang efektif, efisien, dan berkelanjutan.

Dalam konteks Indonesia, upaya mengintegrasikan kependudukan ke dalam kebijakan pembangunan secara eksplisit telah diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga. Undang-undang tersebut menegaskan bahwa kependudukan harus ditempatkan sebagai titik sentral kegiatan pembangunan serta terintegrasi ke dalam pembangunan sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan hidup. Ketentuan ini menegaskan bahwa

perencanaan pembangunan dan perencanaan kependudukan merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan.

Sebagai bentuk penguatan sinergi, integrasi, dan konvergensi kebijakan pembangunan kependudukan, pemerintah telah menerbitkan Peraturan Presiden Nomor 153 Tahun 2014 tentang *Grand Design* Pembangunan Kependudukan (GDPK). Peraturan ini secara operasional membagi strategi pembangunan kependudukan ke dalam lima pilar utama sebagai kerangka dasar pelaksanaan kebijakan kependudukan di Indonesia.

Melalui kerangka regulasi tersebut, pembangunan kependudukan diarahkan untuk menjamin tercapainya bonus demografi, meningkatkan kualitas masyarakat agar mampu memanfaatkan bonus demografi secara optimal, memberdayakan fungsi-fungsi keluarga, serta memperkuat semangat gotong royong berbasis keluarga. Seluruh arah kebijakan tersebut menunjukkan secara tegas bahwa kebijakan kependudukan bukanlah variabel yang berdiri sendiri, melainkan memiliki keterkaitan yang erat dengan berbagai sektor pembangunan lainnya.

Isu bonus demografi menjadi salah satu isu strategis yang secara langsung menghubungkan kebijakan kependudukan dengan kebijakan pembangunan secara umum, khususnya pembangunan ekonomi dan ketenagakerjaan. Rasio bonus demografi tidak hanya ditandai dengan menurunnya ketergantungan penduduk, tetapi juga oleh kemampuan negara dalam menciptakan lapangan kerja yang layak serta meningkatkan produktivitas penduduk usia produktif melalui peningkatan kualitas sumber daya manusia.

1.2 Arah Pembangunan Nasional Berbasis Kependudukan dan Keluarga

Pembangunan nasional Indonesia melalui Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025–2045 menegaskan bahwa peningkatan kualitas manusia merupakan inti dari strategi pembangunan. Kerangka pembangunan manusia tidak hanya dipahami dalam pengertian peningkatan pendidikan, kesehatan, dan produktivitas, tetapi mencakup

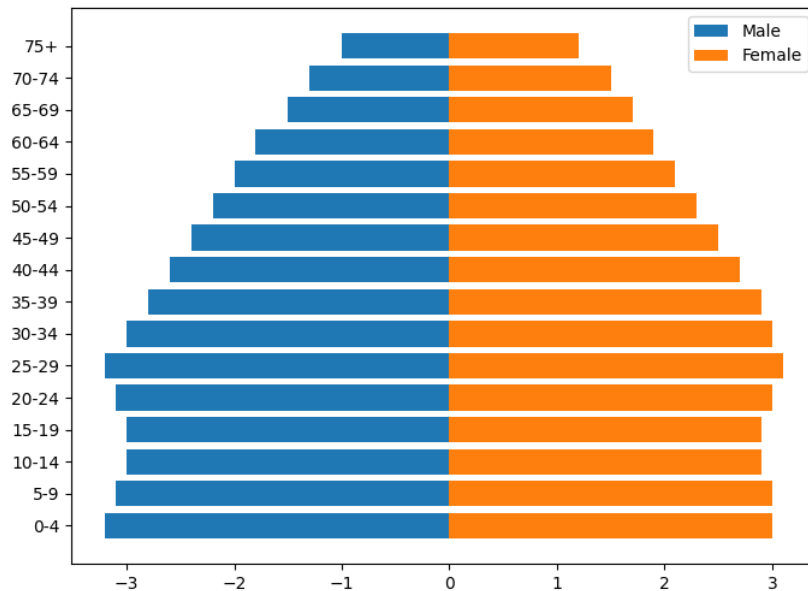
transformasi struktural yang menempatkan kependudukan dan keluarga sebagai fondasi pembangunan berkelanjutan. Arah kebijakan ini menandai perubahan paradigma pembangunan dari pendekatan sektoral konvensional menuju pendekatan *human-centered development* yang menempatkan karakteristik, dinamika, dan kebutuhan penduduk sebagai variabel utama perencanaan pembangunan (Kementerian PPN/Bappenas, 2024).

Dalam perspektif ilmiah, pembangunan berbasis kependudukan menekankan bahwa dinamika kependudukan bukanlah variabel pasif dalam pembangunan, melainkan faktor aktif yang memengaruhi struktur sosial, kapasitas ekonomi, kebutuhan layanan dasar, dan stabilitas jangka panjang. Oleh karena itu, transformasi pembangunan manusia dalam RPJPN menempatkan penduduk sebagai “subjek” sekaligus “objek” pembangunan. Penduduk dipandang tidak hanya sebagai penerima manfaat kebijakan, tetapi sebagai penggerak pertumbuhan ekonomi dan pembangunan berkelanjutan.

Kerangka ini diperkuat melalui pendekatan *demographic-development nexus*, yaitu keterkaitan timbal balik antara dinamika penduduk dan pembangunan ekonomi. Menurut Bloom dan Williamson (1998), dinamika penduduk memiliki pengaruh langsung terhadap peningkatan *output* ekonomi melalui perubahan struktur umur, penurunan rasio ketergantungan, dan pertumbuhan tenaga kerja produktif. Dengan demikian, pembangunan nasional yang mengabaikan faktor demografi berpotensi menghasilkan ketidakseimbangan dalam perencanaan jangka panjang dan menciptakan risiko ketidakstabilan sosial-ekonomi.

Indonesia memasuki fase demografi yang sangat menentukan. Berdasarkan proyeksi Badan Pusat Statistik, jumlah penduduk Indonesia mencapai sekitar 280 juta jiwa pada 2024 dan diperkirakan meningkat menjadi sekitar 324 juta jiwa pada 2045 (Bappenas & BPS, 2023). Lonjakan ini akan disertai oleh perubahan signifikan dalam struktur umur, pola mobilitas, pola keluarga, dan distribusi penduduk antarwilayah. Dengan demikian, arah kebijakan kependudukan menjadi sangat fundamental untuk memastikan agar pembangunan nasional tidak hanya responsif terhadap

perubahan demografi, tetapi juga selaras dengan kebutuhan penduduk sepanjang siklus kehidupan. Dilihat dari piramida penduduk di bawah ini, maka proporsi usia penduduk produktif sangat berpotensi untuk meraih bonus demografi.



Gambar 1. 1 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2020

Sumber: Kusnandar, 2019

Salah satu karakteristik utama dari dinamika demografi Indonesia adalah dominasi penduduk usia produktif. Hasil Sensus Penduduk 2020 menunjukkan bahwa proporsi penduduk berusia 15–64 tahun mencapai 70,72% proporsi tertinggi dalam sejarah demografi Indonesia (BPS, 2021). Struktur penduduk seperti ini membawa peluang besar berupa bonus demografi, yaitu kondisi ketika penduduk usia produktif menjadi dominan sehingga dapat meningkatkan produktivitas nasional. Namun, bonus demografi tidak bersifat otomatis dan hanya menghasilkan manfaat apabila negara melakukan investasi yang memadai dalam sumber daya manusia.

Menurut teori *demographic dividend*, manfaat bonus demografi ditentukan oleh kualitas tenaga kerja, kapasitas institusi ekonomi, dan investasi pemerintah dalam pendidikan serta kesehatan (UNFPA, 2023). Tanpa investasi yang memadai, bonus demografi justru berpotensi berubah menjadi beban demografi, terutama jika peningkatan jumlah tenaga kerja

tidak diimbangi oleh pertumbuhan lapangan kerja atau peningkatan produktivitas.

Selain perubahan struktur umur, Indonesia juga mengalami penurunan fertilitas yang signifikan. Tingkat fertilitas total/*Total Fertility Rate* (TFR) menurun dari 5,61 pada 1971 menjadi 2,18 pada 2020, mendekati tingkat penggantian penduduk (BPS, 2020). Penurunan fertilitas merupakan keberhasilan kebijakan pengendalian penduduk, peningkatan pendidikan perempuan, urbanisasi, serta akses kepada layanan keluarga berencana. Namun, TFR mendekati tingkat penggantian juga menjadi tanda bahwa Indonesia memasuki fase konsolidasi fertilitas, yang apabila tidak dikelola dengan baik dapat mengarah pada penurunan fertilitas ekstrem seperti yang terjadi di Jepang, Korea, atau Singapura.

Ketika fertilitas menurun, penuaan penduduk menjadi risiko jangka panjang. Proyeksi Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa jumlah penduduk usia 65+ tahun akan meningkat dua kali lipat pada 2045 (BPS, 2023). Kondisi ini membutuhkan kebijakan yang memastikan kesiapan sistem kesehatan, jaminan sosial, serta dukungan keluarga dalam menghadapi perubahan demografi. WHO (2024) menegaskan bahwa negara yang tidak mempersiapkan transisi menuju masyarakat menua akan menghadapi tekanan sosial dan fiskal yang signifikan dalam jangka panjang. Dalam kerangka pembangunan nasional, dinamika ini menunjukkan bahwa arah kebijakan kependudukan dan keluarga harus mencakup dua fokus utama secara simultan:

- (1) pemanfaatan peluang bonus demografi, dan
- (2) mitigasi risiko penuaan penduduk.

Kebijakan pendidikan, kesehatan, ketenagakerjaan, perumahan, dan perlindungan sosial harus terintegrasi dalam satu visi demografi jangka panjang. Pendekatan parsial atau sektoral tidak akan cukup dalam menghadapi perubahan demografi yang kompleks dan multidimensional ini.

Dalam konteks keluarga sebagai unit dasar pembangunan manusia, RPJPN menekankan pentingnya ketahanan keluarga (*family resilience*) sebagai basis pembentukan kualitas manusia sejak dini. Keluarga

merupakan arena utama pembentukan karakter, pengasuhan, pendidikan awal, kesehatan anak, serta pembentukan perilaku sosial. Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN, 2025), kualitas keluarga memiliki pengaruh langsung terhadap kualitas sumber daya manusia melalui pengaruh pada kesehatan ibu dan anak, gizi, pendidikan dini, perlindungan anak, dan pembentukan karakter.

Pendekatan pembangunan keluarga yang digunakan oleh BKKBN berlandaskan paradigma *life cycle development* dan *family-centered policy*, yang menempatkan keluarga sebagai subjek kebijakan, bukan sekadar objek. Arah kebijakan ini mencakup intervensi lintas fase kehidupan:

- a. fase prakonsepsi
- b. fase kehamilan
- c. hari pertama kehidupan
- d. masa kanak-kanak dan remaja
- e. usia produktif dan kehidupan keluarga
- f. penuaan sehat.

Dengan demikian, pembangunan keluarga tidak hanya mengenai peningkatan kesejahteraan keluarga saat ini, tetapi menciptakan efek jangka panjang bagi produktivitas generasi mendatang.

Arah pembangunan nasional berbasis kependudukan dan keluarga menuntut adanya integrasi kebijakan yang holistik, mencakup perencanaan layanan kesehatan berbasis keluarga, transformasi sistem pendidikan nasional, percepatan pengentasan kemiskinan keluarga, perluasan akses perlindungan sosial, serta integrasi tata ruang yang mempertimbangkan persebaran penduduk. Hal ini penting karena dinamika kependudukan berpengaruh langsung terhadap seluruh sektor pembangunan.

Transformasi pembangunan nasional berbasis kependudukan tidak dapat dilepaskan dari kebutuhan untuk memastikan bahwa seluruh intervensi pembangunan dilakukan dengan pendekatan *whole-of-government* dan *whole-of-society*. Pendekatan ini menekankan bahwa pengelolaan dinamika kependudukan bukan hanya tanggung jawab satu sektor atau lembaga tertentu, melainkan memerlukan koordinasi lintas sektor dalam

perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan evaluasi program pemerintah (Kementerian PPN/Bappenas, 2024). Dalam konteks Indonesia, hal ini berarti bahwa kebijakan pendidikan, kesehatan, ketenagakerjaan, perlindungan sosial, dan infrastruktur harus selaras dengan arah kebijakan kependudukan dan pembangunan keluarga.

Salah satu pilar utama dalam arah kebijakan ini adalah penguatan perencanaan berbasis proyeksi penduduk. Proyeksi penduduk digunakan untuk memperkirakan kebutuhan layanan dasar di masa depan, merencanakan kapasitas fiskal, dan menentukan prioritas pembangunan. BPS dan Bappenas secara berkala melakukan pembaruan proyeksi penduduk yang mencakup jumlah penduduk, struktur umur, angka kelahiran, angka kematian, dan migrasi. Proyeksi terbaru menunjukkan bahwa Indonesia akan memasuki fase *triple burden* demografi:

- a. bonus demografi,
- b. penuaan penduduk, dan
- c. ketimpangan persebaran penduduk antarwilayah (Bappenas & BPS, 2023).

Ketiga fenomena tersebut memerlukan pendekatan kebijakan yang adaptif dan berbasis bukti. Misalnya, wilayah Jawa dan Bali mengalami pertumbuhan penduduk yang melambat dan mulai mengalami penuaan, sementara wilayah Nusa Tenggara, Sulawesi, dan Papua masih memiliki TFR yang relatif lebih tinggi dan proporsi penduduk muda yang lebih besar (BPS, 2023). Ketimpangan ini mengharuskan pemerintah untuk merancang kebijakan regional yang bersifat diferensial (*differentiated demographic policy*), bukan kebijakan satu ukuran untuk semua (*one-size-fits-all*).

Dalam konteks fertilitas, dinamika regional menjadi salah satu tantangan utama kebijakan keluarga berencana dan pembangunan keluarga. Di beberapa provinsi seperti DI Yogyakarta, Bali, dan DKI Jakarta, angka TFR sudah di bawah *replacement level fertility* (di bawah 2,1), sementara di beberapa provinsi di bagian timur, angka TFR masih berada di atas 2,5 (BPS, 2020). Ketimpangan ini berimplikasi langsung terhadap pembangunan jangka panjang. TFR di bawah *replacement level fertility* dalam jangka

panjang mengarah pada penurunan jumlah penduduk usia produktif dan peningkatan beban lansia, sedangkan TFR tinggi dalam konteks keterbatasan layanan dasar meningkatkan risiko kesehatan ibu dan anak serta memperbesar beban pengasuhan keluarga.

Oleh karena itu, kebijakan fertilitas masa depan perlu diarahkan pada stabilisasi dan pemerataan tingkat kelahiran pada level yang sehat (*optimal fertility level*). WHO (2024) mendorong negara berkembang untuk menjaga fertilitas pada kisaran tingkat penggantian agar populasi tetap stabil tanpa menciptakan beban fiskal berlebihan akibat penuaan penduduk. Dalam konteks Indonesia, ini berarti pemerintah harus melakukan dua strategi simultan:

1. Mencegah penurunan fertilitas ekstrem di wilayah urban melalui kebijakan ramah keluarga seperti:
 - a. subsidi layanan *childcare*;
 - b. perpanjangan cuti melahirkan;
 - c. fleksibilitas kerja bagi ibu bekerja; dan
 - d. pemberian insentif pajak bagi keluarga muda.
2. Menurunkan fertilitas di wilayah dengan TFR tinggi melalui:
 - a. peningkatan akses kontrasepsi modern,
 - b. peningkatan kualitas layanan kesehatan reproduksi,
 - c. edukasi pengasuhan, dan
 - d. peningkatan pendidikan perempuan.

Pendekatan diferensial ini sejalan dengan praktik internasional di negara-negara yang berhasil mengelola transisi fertilitas seperti Vietnam dan Thailand (UNFPA, 2023).

Selain fertilitas, arah pembangunan kependudukan mencakup pengelolaan mobilitas dan migrasi penduduk. Urbanisasi dan migrasi internal memiliki peran signifikan dalam menentukan dinamika pembangunan. Urbanisasi Indonesia mencapai 56% pada 2023 dan diproyeksikan meningkat hingga 67% pada 2045 (*World Bank*, 2023). Pertumbuhan ini mencerminkan perubahan struktural ekonomi dari sektor pertanian ke sektor jasa dan industri. Namun, urbanisasi yang tidak terkelola

dapat menimbulkan berbagai permasalahan sosial seperti kemiskinan perkotaan, ketimpangan pendapatan, dan tekanan terhadap infrastruktur.

Bappenas (2023) menyatakan bahwa arah kebijakan urbanisasi harus mengarah pada *smart urbanization*, yaitu urbanisasi yang direncanakan secara sistematis melalui:

- a. pengembangan kota menengah;
- b. pembangunan Ibu Kota Nusantara;
- c. peningkatan konektivitas antarwilayah; dan
- d. pengembangan pusat-pusat ekonomi baru di luar Jawa.

Pengelolaan migrasi juga berkaitan erat dengan ketahanan keluarga. Migrasi tenaga kerja yang tidak disertai perlindungan sosial dapat menimbulkan risiko bagi kesejahteraan keluarga, seperti meningkatnya angka pekerja anak, berkurangnya pengasuhan, dan kerentanan sosial. Oleh karena itu, kebijakan migrasi harus memastikan perlindungan yang memadai bagi keluarga migran, baik migrasi internal maupun migrasi internasional.

Dalam konteks pembangunan keluarga, salah satu isu paling krusial adalah *stunting*. *Stunting* bukan hanya persoalan gizi, tetapi juga mencerminkan ketidakmampuan sistem keluarga dan negara dalam menyediakan lingkungan pengasuhan yang berkualitas. Studi WHO (2023) menegaskan bahwa *stunting* berdampak langsung pada kemampuan kognitif anak, mengurangi produktivitas di masa dewasa, dan menurunkan potensi pertumbuhan ekonomi suatu negara. Oleh karena itu, dalam kerangka pembangunan berbasis keluarga, penurunan *stunting* menjadi indikator utama keberhasilan pembangunan manusia.

Merespons tantangan tersebut, arah pembangunan keluarga dalam RPJPN 2025–2045 menekankan penguatan fungsi keluarga dalam:

- a. pengasuhan dan pendidikan awal anak;
- b. kesehatan ibu hamil dan balita;
- c. pemenuhan kebutuhan dasar keluarga;
- d. pembentukan nilai dan karakter;
- e. stabilitas psikososial keluarga; dan

f. kesiapan keluarga menghadapi siklus kehidupan.

BKKBN (2025) menegaskan bahwa pembangunan keluarga harus menggunakan paradigma ketahanan keluarga yang mencakup tiga dimensi: ketahanan fisik; ketahanan sosial-psikologis; ketahanan ekonomi. Ketahanan keluarga memiliki korelasi kuat dengan keberhasilan pembangunan manusia. Keluarga yang memiliki ketahanan tinggi cenderung mampu memberikan pengasuhan yang lebih baik, memiliki kesehatan yang lebih stabil, dan memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik terhadap perubahan ekonomi.

Salah satu komponen krusial pembangunan keluarga adalah kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga. Kesehatan reproduksi yang baik memungkinkan perempuan dan laki-laki mengatur kehamilan mereka secara aman dan sesuai rencana. WHO (2024) menegaskan bahwa akses terhadap layanan kesehatan reproduksi berkaitan langsung dengan penurunan angka kematian ibu, penurunan fertilitas, dan peningkatan kesejahteraan keluarga. Dalam konteks Indonesia, peningkatan akses terhadap program KB modern, edukasi seksual komprehensif, dan layanan konseling pranikah sangat penting untuk menurunkan angka kehamilan yang tidak diinginkan dan meningkatkan kualitas pengasuhan.

Kualitas keluarga juga dipengaruhi oleh kondisi sosial-ekonomi. Kemiskinan berperan besar dalam menciptakan kerentanan keluarga, terutama dalam hal pemenuhan kebutuhan dasar anak. Bank Dunia (2022) mencatat bahwa keluarga berpenghasilan rendah menghadapi hambatan signifikan dalam mengakses layanan pendidikan, kesehatan, dan nutrisi. Oleh karena itu, arah pembangunan keluarga dalam RPJPN mencakup strategi pengentasan kemiskinan multidimensional, penguatan jaring pengaman sosial, dan pemberdayaan ekonomi berbasis keluarga.

Dengan demikian, bagian ini menunjukkan bahwa arah pembangunan nasional berbasis kependudukan dan keluarga memerlukan kerangka kebijakan yang holistik dan terintegrasi. Kebijakan harus mencakup pengelolaan fertilitas, penguatan ketahanan keluarga, peningkatan kualitas tenaga kerja, pengentasan kemiskinan, pengelolaan urbanisasi, dan

penurunan *stunting* secara simultan. Indonesia tidak dapat mencapai visi Indonesia Emas 2045 tanpa menempatkan penduduk dan keluarga sebagai pusat dari seluruh proses pembangunan.

Pengelolaan dinamika kependudukan Indonesia pada periode 2025–2045 memerlukan pemahaman bahwa penduduk bukan sekadar angka yang harus dikendalikan, tetapi merupakan modal pembangunan yang harus dimaksimalkan kontribusinya. Dalam perspektif ekonomi pembangunan, penduduk yang berkualitas adalah faktor produksi utama yang menentukan produktivitas nasional. Gary Becker (1993) menekankan bahwa investasi dalam kualitas manusia melalui pendidikan dan kesehatan merupakan bentuk *human capital investment* yang memberikan tingkat pengembalian (*rate of return*) berlipat dalam jangka panjang. Oleh karena itu, arah pembangunan nasional berbasis kependudukan harus memastikan bahwa investasi tersebut dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan.

Dalam konteks produktivitas nasional, bonus demografi merupakan “jendela peluang” (*window of opportunity*) yang hanya terjadi satu kali dalam sejarah demografi suatu negara. Jendela peluang ini muncul ketika proporsi penduduk usia produktif sangat tinggi sementara beban ketergantungan penduduk rendah. Namun, bonus demografi tidak akan memberikan dampak positif apabila kualitas penduduk usia produktif tidak memadai. Bappenas (2023) menyatakan bahwa pemanfaatan bonus demografi hanya dapat dicapai apabila Indonesia mampu melakukan transformasi struktural dari ekonomi berbasis sumber daya alam rendah nilai tambah menuju ekonomi berbasis inovasi dan teknologi.

Transformasi struktural ini membutuhkan tenaga kerja yang terampil, terdidik, sehat, dan adaptif terhadap perkembangan industri masa depan, terutama industri berbasis digital, teknologi informasi, energi baru terbarukan, bioteknologi, dan manufaktur presisi. Bank Dunia (2020) menggarisbawahi bahwa Indonesia menghadapi tantangan besar berupa *learning loss*, kesenjangan keterampilan, dan rendahnya produktivitas tenaga kerja jika dibandingkan dengan negara-negara di kawasan Asia Timur. Dengan demikian, pembangunan berbasis kependudukan harus

diarahkan untuk memastikan bahwa populasi usia produktif yang besar benar-benar memiliki keterampilan yang relevan dengan tuntutan perubahan teknologi dan ekonomi.

Selain peningkatan keterampilan, kesehatan merupakan determinan penting produktivitas penduduk. WHO (2024) menekankan bahwa kesehatan penduduk memiliki implikasi langsung terhadap produktivitas nasional. Penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes, hipertensi, kanker, dan jantung meningkat pesat seiring urbanisasi dan perubahan gaya hidup. Di Indonesia, PTM menyumbang lebih dari 70% penyebab kematian (Kemenkes, 2023). Ini merupakan ancaman serius bagi produktivitas penduduk usia produktif. Oleh karena itu, arah pembangunan nasional harus mengintegrasikan kebijakan pencegahan PTM, penguatan layanan kesehatan primer, promosi gaya hidup sehat, serta peningkatan akses layanan kesehatan berkualitas.

Dalam perspektif demografi keluarga, pergeseran struktur keluarga juga menjadi salah satu faktor penting. Urbanisasi dan industrialisasi menyebabkan menurunnya ukuran keluarga, meningkatnya jumlah keluarga dua-kerja (*dual-earner households*), dan berubahnya pola pengasuhan. Penelitian dalam bidang sosiologi keluarga menunjukkan bahwa transisi ini berdampak pada penurunan intensitas pengasuhan langsung, peningkatan *stress* orang tua, dan meningkatnya kebutuhan layanan *childcare* (Morgan, 2020). Dalam konteks ini, pembangunan nasional perlu mengembangkan kebijakan ramah keluarga (*family-friendly policies*) seperti cuti melahirkan yang memadai, sistem kerja fleksibel, layanan *daycare* berkualitas, dan penguatan lingkungan sosial yang mendukung keluarga muda.

Kualitas keluarga juga sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi. Kemiskinan multidimensional menjadi penyebab utama rendahnya kualitas pengasuhan, tingginya angka putus sekolah, dan terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan. Menurut *United Nations Development Programme* (UNDP, 2022), keluarga dari kelompok ekonomi bawah mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan dasar anak, sehingga berdampak pada rendahnya kualitas pembangunan manusia. Dalam konteks Indonesia,

program perlindungan sosial seperti Program Keluarga Harapan (PKH), Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT), bantuan iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan subsidi pendidikan terbukti efektif mengurangi kerentanan keluarga. Namun demikian, cakupan dan integrasi program harus diperkuat agar benar-benar mampu memutus rantai kemiskinan antar-generasi.

Dalam perspektif perencanaan jangka panjang, pergeseran geografi penduduk juga menjadi perhatian utama. Pulau Jawa, yang hanya mencakup 6,8% wilayah Indonesia, menampung lebih dari 56% penduduk nasional (BPS, 2023). Konsentrasi penduduk ini menghasilkan tekanan terhadap infrastruktur, lingkungan, dan daya tampung lahan. Sementara itu, pulau-pulau besar seperti Kalimantan, Sulawesi, dan Papua memiliki kepadatan yang relatif rendah dengan potensi besar untuk dikembangkan. Strategi pembangunan wilayah dalam RPJPN menekankan pentingnya pemerataan penduduk melalui pembangunan pusat pertumbuhan baru, relokasi kegiatan ekonomi, serta pembangunan Ibu Kota Nusantara sebagai pusat gravitasi pembangunan nasional (Bappenas, 2024).

Arah pembangunan berbasis kependudukan juga tidak lepas dari dampak perubahan iklim. *Intergovernmental Panel on Climate Change* (IPCC, 2023) menegaskan bahwa populasi yang besar dan terkonsentrasi di kawasan rawan bencana meningkatkan risiko kerentanan iklim. Indonesia, sebagai salah satu negara yang paling rentan terhadap perubahan iklim, perlu memastikan bahwa distribusi penduduk sejalan dengan kapasitas lingkungan. Kebijakan adaptasi perubahan iklim harus mempertimbangkan persebaran penduduk, kualitas infrastruktur, dan ketahanan keluarga dalam menghadapi bencana iklim.

Pembangunan keluarga dalam konteks perubahan iklim juga penting. Keluarga yang rapuh secara sosial atau ekonomi cenderung lebih rentan terhadap dampak bencana, kehilangan pendapatan, serta gangguan pengasuhan. Oleh karena itu, arah pembangunan keluarga harus mengintegrasikan aspek ketahanan bencana (*disaster resilience*) dan adaptasi iklim berbasis keluarga. Strategi ini mencakup edukasi

kesiapsiagaan keluarga, peningkatan daya tahan ekonomi rumah tangga, serta penyediaan perlindungan sosial berbasis risiko.

Dari perspektif kebijakan publik, arah pembangunan kependudukan dan keluarga membutuhkan sistem data terpadu yang kuat. Tanpa data yang akurat, kebijakan kependudukan berisiko tidak tepat sasaran. Indonesia memerlukan sistem registrasi penduduk yang komprehensif, konsolidasi data keluarga lintas kementerian, serta penguatan sistem *big data* kependudukan. WHO (2023) menekankan bahwa negara yang memiliki sistem informasi kependudukan terintegrasi memiliki efektivitas kebijakan keluarga dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan negara tanpa sistem tersebut.

Dalam konteks pembangunan ekonomi, arah pembangunan berbasis demografi harus mempertimbangkan transformasi digital. Digitalisasi ekonomi menciptakan peluang baru bagi tenaga kerja muda, namun juga menimbulkan tantangan berupa kebutuhan keterampilan baru, risiko pengangguran struktural, dan kebutuhan perlindungan sosial baru untuk pekerja informal digital. Bank Dunia (2021) mencatat bahwa 84% pekerjaan di Indonesia masih rentan terhadap otomatisasi. Oleh karena itu, pembangunan nasional berbasis penduduk harus memastikan bahwa transisi digital tidak memperluas ketimpangan sosial, tetapi menjadi motor peningkatan produktivitas.

Dengan demikian, ini menegaskan bahwa arah pembangunan nasional berbasis kependudukan dan keluarga merupakan kerangka kebijakan yang kompleks dan multidimensional. Kebijakan harus meliputi sektor pendidikan, kesehatan, ekonomi, lingkungan, tata ruang, sosial, dan teknologi secara simultan. Pendekatan parsial tidak cukup untuk menghadapi tantangan demografi yang semakin kompleks dan dinamis, sehingga diperlukan tata kelola kebijakan yang adaptif, berbasis bukti, dan responsif terhadap kebutuhan keluarga Indonesia.

Arah pembangunan nasional berbasis kependudukan tidak hanya bertumpu pada pengelolaan aspek kuantitatif seperti jumlah penduduk dan tingkat kelahiran, tetapi juga pada dimensi kualitas yang menentukan daya

saing bangsa. Dalam kerangka pembangunan jangka panjang, kualitas penduduk meliputi dimensi pendidikan, kesehatan, produktivitas, stabilitas keluarga, serta kemampuan adaptasi terhadap perubahan global. Kualitas ini tidak dapat dicapai secara spontan, tetapi memerlukan intervensi kebijakan terencana dan investasi berkelanjutan yang dilakukan oleh negara.

Salah satu tantangan besar dalam pembangunan kualitas penduduk adalah ketimpangan capaian pendidikan antarwilayah dan antarkelompok sosial. Meskipun capaian angka partisipasi sekolah meningkat dalam dekade terakhir, ketimpangan kualitas pendidikan telah meningkatkan risiko *learning gap* yang berdampak pada kemampuan literasi, numerasi, serta kesiapan memasuki pasar kerja. UNESCO (2022) mencatat bahwa lebih dari 50% siswa di negara-negara berkembang mengalami kesenjangan kemampuan dasar, dan Indonesia termasuk dalam kelompok negara yang menghadapi tantangan tersebut. Ini berarti bahwa meskipun penduduk usia produktif tinggi, kualitas produktivitasnya tidak otomatis tinggi jika pendidikan dasar dan menengah tidak berkualitas.

Arah kebijakan nasional melalui RPJPN 2025–2045 menegaskan pentingnya transformasi sistem pendidikan melalui tiga pilar: (1) peningkatan kualitas pembelajaran, (2) digitalisasi pendidikan, dan (3) penguatan pendidikan vokasi berbasis kebutuhan industri (Kementerian PPN/Bappenas, 2024). Ketiga pilar ini merupakan prasyarat bagi keberhasilan pemanfaatan bonus demografi. Tanpa reformasi pendidikan yang komprehensif, populasi usia produktif yang besar dapat menjadi beban ketenagakerjaan, bukan aset pembangunan.

Selain pendidikan, dimensi kesehatan merupakan fondasi penting kualitas penduduk. Arah pembangunan kesehatan berbasis keluarga menekankan pentingnya siklus hidup mulai dari fase prakonsepsi, kehamilan, persalinan, bayi, anak, remaja, dewasa, hingga lansia. WHO menekankan konsep *continuum of care*, yaitu pelayanan kesehatan yang berkesinambungan di setiap tahap kehidupan yang memungkinkan peningkatan kualitas kesehatan jangka panjang (WHO, 2024). Dalam konteks Indonesia, intervensi kesehatan keluarga harus mampu

menurunkan angka kematian ibu, menurunkan prevalensi *stunting*, meningkatkan kualitas gizi anak, dan memperkuat kesehatan remaja.

Permasalahan *stunting* di Indonesia menjadi salah satu indikator ketidakmerataan kualitas keluarga dan kualitas layanan dasar. *Stunting* tidak hanya merupakan masalah gizi, tetapi juga masalah pengasuhan, sanitasi, pendidikan orang tua, akses pelayanan kesehatan, dan ketahanan ekonomi keluarga. Studi WHO (2023) menegaskan bahwa *stunting* memiliki dampak jangka panjang terhadap kemampuan kognitif, daya saing tenaga kerja, dan produktivitas ekonomi. Dengan demikian, penurunan *stunting* bukan hanya target sektor kesehatan atau gizi, tetapi merupakan indikator keberhasilan pembangunan nasional berbasis keluarga.

Dalam perspektif ketenagakerjaan, arah pembangunan kependudukan memerlukan strategi yang mampu menghubungkan dinamika penduduk dengan kebutuhan pasar kerja yang berubah cepat. BPS (2023) mencatat bahwa proporsi tenaga kerja informal Indonesia mencapai lebih dari 58% dari total angkatan kerja. Struktur tenaga kerja informal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja tidak memiliki perlindungan sosial, jaminan kesehatan, atau kepastian pendapatan. Hal ini berpengaruh terhadap ketahanan keluarga, terutama dalam menghadapi risiko ekonomi mendadak seperti PHK, bencana, atau krisis kesehatan.

Oleh karena itu, arah kebijakan ketenagakerjaan dalam RPJPN menekankan transformasi pasar kerja melalui:

- a. perluasan pekerjaan formal,
- b. perluasan perlindungan sosial ketenagakerjaan,
- c. penyesuaian sistem jaminan pensiun dan jaminan kesehatan,
- d. perbaikan lingkungan kerja yang ramah keluarga, dan
- e. peningkatan keterampilan pekerja melalui program pelatihan vokasi dan *re-skilling*.

Dalam perspektif ekonomi keluarga, pekerjaan yang layak dan perlindungan sosial merupakan salah satu determinan utama ketahanan keluarga. Keluarga yang memiliki sumber pendapatan stabil lebih mampu menyediakan nutrisi yang memadai, layanan kesehatan berkualitas,

lingkungan tumbuh kembang yang aman, dan lingkungan pendidikan yang mendukung anak. Bank Dunia (2022) menegaskan bahwa penguatan stabilitas ekonomi keluarga memiliki efek multiplikasi terhadap pembangunan manusia.

Dalam bidang tata ruang dan pembangunan wilayah, kependudukan menjadi parameter utama yang menentukan keberlanjutan wilayah. Konsentrasi penduduk di wilayah tertentu tanpa perencanaan yang tepat meningkatkan risiko penurunan kualitas lingkungan, peningkatan kemacetan, kekurangan air bersih, dan kesenjangan layanan. Pulau Jawa yang menjadi pusat kegiatan ekonomi sekaligus pusat populasi nasional menghadapi risiko kelebihan beban (*overcapacity*). Bappenas (2023) menyatakan bahwa redistribusi penduduk melalui pengembangan pusat pertumbuhan baru, pembangunan IKN, dan peningkatan infrastruktur antarwilayah merupakan strategi jangka panjang untuk mengurangi tekanan penduduk dan meningkatkan pemerataan pembangunan.

Dalam bidang lingkungan, dinamika penduduk juga memengaruhi tekanan ekologis. *Intergovernmental Panel on Climate Change* (IPCC, 2023) menegaskan bahwa negara dengan pertumbuhan penduduk cepat serta urbanisasi tinggi menghadapi peningkatan risiko bencana iklim. Oleh karena itu, arah pembangunan berbasis kependudukan harus mengintegrasikan aspek daya dukung lingkungan dalam perencanaan pembangunan, terutama terkait penggunaan lahan, konsumsi energi, dan pengelolaan limbah.

Dari sisi kelembagaan, keberhasilan pembangunan berbasis kependudukan memerlukan tata kelola yang kuat. RPJPN 2025–2045 menekankan penguatan koordinasi lintas sektor dalam perencanaan kependudukan melalui integrasi data keluarga, harmonisasi kebijakan, peningkatan kapasitas kelembagaan, dan pendekatan partisipatif. BKKBN, Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri), Kementerian Kesehatan (Kemenkes), Kementerian Sosial (Kemensos), Kementerian Ketenagakerjaan (Kemenaker), dan Kementerian Kebudayaan dan Riset Teknologi (Kemendikbudristek) harus membangun sinergi yang kuat dalam

implementasi kebijakan keluarga dan kependudukan untuk menghindari fragmentasi program dan tumpang tindih anggaran (Bappenas, 2024).

Dalam konteks penguatan keluarga, pendekatan *family-centered policy* harus mengintegrasikan berbagai program yang selama ini tersebar di berbagai kementerian menjadi satu kerangka besar pembangunan keluarga. Ini mencakup program pengasuhan anak, kesehatan reproduksi, pembangunan ekonomi keluarga, pendidikan keluarga, penanggulangan kekerasan dalam rumah tangga, serta dukungan layanan sosial. Penguatan peran keluarga menjadi semakin penting dalam konteks tantangan modern seperti digitalisasi, polarisasi sosial, dan risiko kesehatan mental remaja.

Arah pembangunan berbasis keluarga juga menuntut transformasi pendekatan pengasuhan. Studi psikologi perkembangan menunjukkan bahwa pengasuhan responsif (*responsive parenting*) berpengaruh besar terhadap perkembangan kognitif dan emosional anak (Bornstein, 2020). Oleh karena itu, program pendidikan keluarga harus diperkuat untuk meningkatkan literasi pengasuhan, kesehatan mental keluarga, dan stabilitas hubungan orang tua-anak.

Dalam kerangka pembangunan berkelanjutan, Indonesia harus mampu menyeimbangkan antara perkembangan ekonomi dan stabilitas demografi. Penduduk yang sehat, terdidik, produktif, dan hidup dalam keluarga yang stabil merupakan modal utama untuk mewujudkan visi Indonesia Emas 2045. Apabila dinamika demografi tidak dikelola, Indonesia berisiko menghadapi penurunan produktivitas, peningkatan beban fiskal, ketimpangan wilayah, dan tekanan ekologis.

Arah pembangunan nasional berbasis kependudukan dan keluarga memerlukan reformasi struktural terhadap cara negara merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi kebijakan publik. Salah satu pergeseran mendasar adalah penguatan pendekatan *evidence-based policy* melalui pemanfaatan data kependudukan yang lebih akurat, mutakhir, dan terintegrasi. Indonesia membutuhkan sistem data keluarga yang terhubung secara *real-time* dengan data kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, perlindungan sosial, dan perpindahan penduduk. Sistem seperti ini menjadi

fondasi dalam memastikan bahwa kebijakan kependudukan mencerminkan kebutuhan nyata populasi dan mampu mengantisipasi perubahan demografi secara dinamis (WHO, 2023).

Dalam konteks global, negara-negara maju yang sukses memanfaatkan bonus demografi seperti Korea Selatan, Tiongkok, dan Malaysia menunjukkan bahwa keberhasilan pembangunan manusia sangat bergantung pada konsistensi kebijakan lintas pemerintahan, keselarasan kebijakan pendidikan dan industri, serta pembangunan keluarga yang kuat (UNFPA, 2023). Namun beberapa negara yang gagal mengoptimalkan bonus demografi seperti Filipina, Afrika Selatan, dan India pada periode tertentu menunjukkan bahwa ketidaksiapan institusi dan sistem sosial dapat menyebabkan stagnasi produktivitas meski proporsi penduduk usia produktif besar (Bloom et al., 2011).

Dengan demikian, pelajaran penting bagi Indonesia adalah memastikan bahwa arah pembangunan berpijak pada tiga prinsip: Kepastian kebijakan (*policy certainty*) melalui perencanaan jangka panjang; Koordinasi lintas sektor secara konsisten (*policy coherence*); dan Kelembagaan yang kuat dan responsif (*institutional resilience*).

Dalam perspektif kelembagaan, pembangunan kependudukan memerlukan penguatan institusi yang mengelola data, memfasilitasi koordinasi, dan menjalankan program berbasis keluarga. BKKBN sebagai lembaga yang memegang mandat pembangunan keluarga, pengendalian penduduk, dan keluarga berencana, memiliki peran strategis untuk memimpin orkestrasi kebijakan lintas sektor. Namun, keberhasilan tidak hanya ditentukan oleh BKKBN saja, tetapi juga memerlukan dukungan penuh dari Kemendagri (dalam hal administrasi kependudukan dan penguatan pemerintah daerah), Kemenkes (dalam aspek kesehatan keluarga), Kemensos (dalam perlindungan sosial), Kemenaker (dalam ketenagakerjaan), dan Kemendikbudristek (dalam pendidikan keluarga dan SDM masa depan).

Pembangunan berbasis keluarga juga harus memperhitungkan perubahan sosial yang memengaruhi dinamika rumah tangga. Fenomena

pernikahan usia dewasa awal yang semakin tertunda (*delayed marriage*), penurunan minat memiliki anak, meningkatnya keluarga dengan orang tua tunggal, serta intensitas penggunaan teknologi digital dalam pengasuhan merupakan tren global dan nasional yang memengaruhi arah kebijakan keluarga (Morgan, 2020). Oleh karena itu, kebijakan pembangunan keluarga di Indonesia harus adaptif terhadap realitas tersebut dan menyediakan program strategis seperti:

- a. konseling pranikah berbasis kesehatan reproduksi dan psikososial;
- b. dukungan kesehatan mental bagi keluarga;
- c. penyediaan layanan pengasuhan anak yang terjangkau;
- d. *digital parenting*;
- e. kebijakan kerja yang ramah keluarga; dan
- f. insentif fiskal bagi keluarga muda di wilayah dengan TFR rendah.

Arah pembangunan berbasis keluarga harus memperkuat kapasitas keluarga bukan hanya sebagai unit konsumsi, tetapi juga sebagai unit produksi manusia yang berkualitas. Keluarga adalah ruang utama pembentukan nilai, karakter, kecerdasan emosional, dan keterampilan sosial anak. Oleh karena itu, pembangunan keluarga merupakan investasi jangka panjang dalam pembangunan nasional.

Dalam konteks keberlanjutan (*sustainability*), arah pembangunan kependudukan memiliki implikasi langsung terhadap daya dukung lingkungan. Pertumbuhan penduduk yang tidak terkelola di wilayah kota meningkatkan jejak ekologis (*ecological footprint*), konsumsi energi, emisi karbon, dan tekanan terhadap sumber daya air (IPCC, 2023). Di sisi lain, wilayah pedesaan yang mengalami penurunan penduduk berisiko mengalami stagnasi ekonomi, kekurangan tenaga kerja, dan penurunan produktivitas sektor pertanian. Oleh karena itu, strategi pembangunan harus menyeimbangkan distribusi penduduk dan mempertimbangkan batas ekologi (*environmental limits*).

Arah pembangunan nasional berbasis kependudukan dan keluarga juga harus memperkuat ketahanan sosial. Masyarakat yang memiliki struktur keluarga kuat cenderung memiliki ketahanan sosial yang lebih

tinggi dalam menghadapi risiko ekonomi, krisis kesehatan, perubahan iklim, dan disrupsi teknologi. Hal ini diperkuat oleh studi sosialisasi keluarga yang menunjukkan bahwa kualitas hubungan antaranggota keluarga berkontribusi signifikan terhadap stabilitas psikososial anak dan produktivitas generasi muda (Bornstein, 2020).

Dalam penutup analitis, dapat ditegaskan bahwa dinamika kependudukan Indonesia pada periode 2025–2045 menghadirkan peluang besar untuk mencapai visi Indonesia Emas 2045, tetapi peluang ini hanya dapat diwujudkan apabila negara mampu:

- a. Menggunakan pendekatan demografi secara presisi dalam perencanaan pembangunan;
- b. Mengintegrasikan kebijakan keluarga dalam sistem pembangunan manusia;
- c. Mengoptimalkan bonus demografi melalui peningkatan kualitas tenaga kerja;
- d. Mempersiapkan sistem nasional dalam menghadapi penuaan penduduk; dan
- e. Membangun keluarga yang tangguh dalam dimensi kesehatan, ekonomi, dan psikososial;

Mewujudkan tata kelola kependudukan yang modern, efisien, terintegrasi, dan adaptif terhadap perubahan global. Dengan demikian, arah pembangunan nasional berbasis kependudukan dan keluarga bukan hanya menjadi salah satu pilar pembangunan, tetapi merupakan sumbu utama transformasi sosial, ekonomi, dan institusional menuju Indonesia Emas 2045. Penduduk dan keluarga adalah pusat dari seluruh proses transformasi tersebut, dan kebijakan publik harus berpihak dan berpijak kepada keduanya.

1.3 Permasalahan Implementasi Program di Daerah

Implementasi program pembangunan keluarga, kependudukan, dan keluarga berencana (Bangga Kencana) di tingkat daerah merupakan elemen

strategis dalam arsitektur kebijakan nasional terkait pembangunan manusia. Meskipun arah kebijakan nasional telah dirumuskan dalam RPJPN 2025–2045, RPJMN 2025–2029, serta rencana strategis sektoral yang melibatkan Kemendukbangga/BKKBN, Kemenkes, Kemendagri, Kemensos, Kemendikdasmen, Kemenaker, dan berbagai aktor pemerintah daerah, realitas di lapangan menunjukkan bahwa terdapat berbagai permasalahan fundamental dalam pelaksanaan program di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.

Permasalahan ini bersifat multidimensi mulai dari kelembagaan, Sumber Daya Manusia, tata kelola program, data, hingga persoalan sosial budaya yang pada akhirnya memengaruhi pencapaian indikator keluarga, pengendalian penduduk, kesehatan reproduksi, dan target strategis nasional. Analisis dalam subbab ini dikelompokkan ke dalam enam kategori utama:

- a. kelembagaan dan tata kelola;
- b. kapasitas SDM daerah;
- c. koordinasi lintas sektor;
- d. ketersediaan dan kualitas data;
- e. pembiayaan program;
- f. dinamika sosial–budaya dan karakteristik wilayah.

Analisis ini mempertegas kebutuhan pembentukan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Provinsi Kemendukbangga/BKKBN untuk memperkuat fungsi teknis, operasional, dan supervisi program. Permasalahan kelembagaan merupakan sumber utama ketidakkonsistenan implementasi program di daerah. Walaupun Kemendukbangga/BKKBN memegang mandat nasional terkait pembangunan keluarga dan pengendalian penduduk, di tingkat daerah struktur OPD teknis tidak seragam. Variasi nomenklatur menyebabkan perbedaan mandat dan prioritas program antarprovinsi.

Pertama, perbedaan nomenklatur OPD (misalnya digabung dengan pemberdayaan perempuan, sosial, atau kesehatan) menciptakan ketidaksinkronan fungsi antara program nasional dan implementasi daerah. Beberapa OPD menempatkan urusan keluarga dan kependudukan sebagai

fungsi tambahan, bukan fungsi inti. Kedua, lemahnya transmisi kebijakan pusat-daerah. Tanpa keberadaan UPT provinsi, arahan teknis Kemendukbangga/BKKBN tidak selalu diterjemahkan secara tepat ke dalam perencanaan daerah. Ketiga, keterbatasan pembinaan teknis. Pembinaan teknis yang seharusnya dilakukan secara konsisten cenderung sporadis karena tidak ada unit teknis Kemendukbangga/BKKBN yang secara formal bertugas melaksanakan supervisi provinsi.

Kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM) di daerah sangat menentukan efektivitas implementasi program keluarga dan kependudukan. Namun terdapat ketimpangan besar antarwilayah.

a. Ketimpangan kompetensi

Tenaga Penyuluh Keluarga Berencana (Penyuluh KB), analis data, dan petugas lini lapangan memiliki kompetensi yang sangat bervariasi. Di sebagian daerah, tenaga berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) dengan pelatihan intensif, namun di banyak wilayah lain tenaga kontrak dengan pelatihan minimal. Ketimpangan ini menghasilkan perbedaan kualitas layanan Keluarga Berencana (KB), konseling, dan pendataan keluarga.

b. Beban kerja tidak sebanding

Satu penyuluh di wilayah padat sering menangani ribuan keluarga, menyebabkan: rendahnya intensitas penyuluhan, minimnya monitoring keluarga berisiko, kurangnya pemantauan pengasuhan pada keluarga rawan *stunting*, keterbatasan waktu untuk konseling remaja.

c. Minimnya pelatihan berkelanjutan

Daerah jarang memiliki alokasi anggaran untuk pelatihan teknis, padahal kebutuhan kompetensi terus berkembang, termasuk: pengasuhan responsif, konseling kesehatan reproduksi, asesmen keluarga berisiko, literasi digital keluarga, manajemen data keluarga, mitigasi risiko sosial dan kesehatan remaja.

Tanpa UPT provinsi, tidak ada lembaga teknis yang memastikan pengembangan kompetensi ini berlangsung terstruktur. Program keluarga

dan kependudukan bersifat multisektor. Namun koordinasi lintas sektor sering tidak berjalan efektif.

Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Pemberdayaan Perempuan, Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah (Kemendikdasmen) melalui dinas pendidikan daerah, dan Bappeda sering beroperasi dalam “*silo program*”, bukan kerangka integrasi keluarga.

Tidak semua pemerintah daerah menjadikan isu keluarga dan kependudukan sebagai prioritas. Tanpa UPT provinsi yang memiliki mandat teknis, Kemendukbangga/BKKBN sulit memengaruhi perencanaan daerah secara strategis.

Indikator daerah terkadang tidak selaras dengan indikator nasional, seperti penurunan *stunting*, peningkatan *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR), atau ketahanan keluarga. Perbedaan definisi, metodologi, dan target menyebabkan ketidaksinkronan capaian.

Data keluarga merupakan tulang punggung perencanaan dan pengambilan keputusan. Kelemahan validitas pendataan keluarga, Variasi kualitas tenaga pencacah, beban kerja tinggi, serta praktik pengumpulan data manual membuat data keluarga kurang akurat.

Banyak daerah tidak memiliki analis data yang mampu mengolah dataset besar (*big data*) dari Pendataan Keluarga atau sistem keluarga lainnya untuk pemetaan risiko.

Data keluarga Kemendukbangga/BKKBN, data kesehatan Kemenkes, data perlindungan sosial Kemensos, dan data kependudukan Kemendagri berjalan sendiri-sendiri. Tanpa integrasi, kebijakan berbasis bukti sulit diwujudkan.

Ketergantungan daerah pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) menyebabkan implementasi program tidak berkelanjutan. Banyak OPD teknis di provinsi/kabupaten tidak mengalokasikan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang memadai untuk program keluarga, KB, atau pengendalian penduduk. Dampaknya sebagai berikut:

- a. kegiatan penyuluhan terbatas,
- b. pemutakhiran data keluarga terhambat,

- c. pemberdayaan ekonomi keluarga minim,
- d. kualitas layanan KB tidak merata, dan
- e. pengembangan SDM terabaikan.

Daerah urban menghadapi masalah perilaku seksual berisiko, pornografi digital, dan kesehatan mental remaja; daerah rural menghadapi kekurangan edukasi. Sedangkan Daerah kepulauan, perbatasan, atau rawan bencana menghadapi hambatan distribusi layanan KB dan akses pendataan.

Keluarga miskin ekstrem menghadapi hambatan besar untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dasar dan layanan kesehatan, yang pada akhirnya berdampak pada *stunting* dan kerentanan sosial.

Seluruh permasalahan di atas mengarah pada satu akar persoalan: belum adanya Unit Pelaksana Teknis Provinsi Kemendukbangga/BKKBN. Tanpa UPT provinsi:

- a. pembinaan teknis tidak kuat;
- b. supervisi kabupaten/kota tidak terstandar;
- c. kapasitas SDM sulit ditingkatkan;
- d. integrasi data tidak berjalan;
- e. perencanaan berbasis bukti lemah; dan
- f. target nasional tidak tercapai merata.

UPT provinsi merupakan kebutuhan strategis untuk memastikan kebijakan kependudukan dan pembangunan keluarga berjalan konsisten. Dampak Ketidakefektifan Implementasi Program menyebabkan: penurunan *stunting* tidak merata antarwilayah; *unmet need* KB tetap tinggi di beberapa provinsi; angka kawin muda sulit diturunkan; kualitas pengasuhan tidak merata; ketahanan keluarga rapuh di daerah miskin dan urban; bonus demografi terancam menjadi “beban demografi”.

1.4 Urgensi Pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi

Urgensi pembentukan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kemendukbangga/BKKBN Provinsi berangkat dari kebutuhan strategis untuk memperkuat implementasi kebijakan pembangunan keluarga,

pengendalian penduduk, dan keluarga berencana di tingkat wilayah. Dinamika kependudukan Indonesia yang bergerak cepat, kompleks, dan tidak seragam antarwilayah menuntut hadirnya struktur teknis yang mampu menjalankan fungsi supervisi, koordinasi, pembinaan, pengendalian mutu, serta integrasi data secara konsisten. Tanpa perangkat teknis di provinsi, kesenjangan implementasi program terus melebar, mengakibatkan disparitas capaian antarwilayah dan menurunkan efektivitas kebijakan nasional.

Urgensi ini tidak hanya didasarkan pada tantangan teknis pelaksanaan program, tetapi juga secara ilmiah dan struktural terkait dengan perubahan fundamental pembangunan nasional yang menempatkan kependudukan dan keluarga sebagai fondasi pembangunan manusia dalam RPJPN 2025–2045. Dengan demikian, pembentukan UPT Provinsi menjadi instrumen kelembagaan yang penting untuk memastikan konsistensi pelaksanaan kebijakan nasional di seluruh daerah.

Urgensi pembentukan UPT dalam beberapa dimensi: mandat makro nasional, kebutuhan operasional, ketimpangan implementasi daerah, penguatan layanan teknis, integrasi data keluarga, peningkatan kapasitas SDM, dan percepatan pencapaian target pembangunan nasional.

RPJPN 2025–2045 menegaskan bahwa pembangunan nasional harus berbasis pada dinamika penduduk dan keluarga sebagai satuan sosial paling mendasar dalam menghasilkan sumber daya manusia berkualitas. Dengan demikian, struktur kelembagaan di tingkat provinsi harus mampu mengawal implementasi kebijakan tersebut secara efektif. Tantangan kependudukan Indonesia kini bersifat multidimensi: penurunan fertilitas, penurunan angka kelahiran remaja, peningkatan usia kawin pertama, penuaan penduduk, urbanisasi, migrasi internal, serta ketimpangan layanan kesehatan dan pendidikan yang berdampak pada ketahanan keluarga.

Dalam konteks ini, kebijakan nasional membutuhkan instrumen yang dapat memastikan bahwa seluruh provinsi menerjemahkan kebijakan pembangunan keluarga secara utuh dan konsisten. Tanpa UPT provinsi:

1. Kebijakan pusat sering tidak terimplementasi secara seragam.
2. Transmisi kebijakan teknis berjalan lambat atau berbeda interpretasi.

3. Koordinasi tidak memiliki “*anchor institusional*” yang kuat.

Oleh karena itu, urgensi pembentukan UPT dibentuk untuk melaksanakan kebijakan nasional. Di mana kebijakan nasional membutuhkan struktur eksekusi teknis yang melekat di provinsi, bukan sekadar koordinasi administratif.

Program pembangunan keluarga merupakan mandat utama Kemendukbangga/BKKBN. Namun implementasinya tidak merata karena variasi kapasitas kelembagaan dan sosial budaya di daerah. Keberadaan UPT Provinsi akan menghadirkan struktur teknis yang menjalankan fungsi pembinaan dan penguatan program keluarga secara sistematis.

Indonesia masih menghadapi persoalan keluarga berisiko seperti *stunting*, pernikahan anak, kekerasan dalam rumah tangga, kemiskinan ekstrem, pengasuhan tidak memadai, dan risiko kesehatan mental keluarga. Intervensi membutuhkan kemampuan teknis yang tidak dimiliki semua OPD daerah. UPT dapat:

1. melakukan asesmen keluarga berisiko,
2. memetakan wilayah prioritas,
3. mengoordinasikan intervensi lintas sektor, dan
4. mengawasi pemenuhan protokol layanan ibu, bayi, dan balita.

UPT berperan sebagai pusat integrasi intervensi keluarga berbasis risiko (*family-risk mapping*).

Konseling keluarga, konseling pranikah, konseling pengasuhan, dan konseling kesehatan reproduksi masih belum merata. Tanpa UPT, tidak ada standar nasional yang bisa dipastikan dijalankan oleh seluruh provinsi. UPT dapat memastikan: modul konseling diterapkan secara seragam, kualitas konselor terjaga, layanan bagi remaja dan keluarga rentan dapat diakses.

Edukasi keluarga masih tergantung pada kapasitas daerah, dan sering menjadi program pelengkap. Dengan UPT provinsi: Pendidikan keluarga dapat diselenggarakan dengan kurikulum standar, Pelatihan fasilitator keluarga dapat dilakukan secara reguler, Integrasi dengan Kemendikdasmen dapat berjalan lebih sistematis.

Kualitas layanan KB dan kesehatan reproduksi menjadi penentu langsung keberhasilan pengendalian penduduk. Namun disparitas layanan di Indonesia masih tinggi baik dari sisi kualitas, ketersediaan fasilitas, kompetensi tenaga, dan distribusi layanan. Pembentukan UPT provinsi menjadi strategis karena dapat berfungsi sebagai unit pengendali mutu. Saat ini standar layanan KB tidak konsisten antarprovinsi karena tidak ada mekanisme teknis untuk mengawasi implementasinya. UPT akan memastikan: standar layanan KB modern diterapkan seragam, kualitas layanan dipantau melalui supervisi rutin, fasilitas pelayanan mengikuti SOP nasional.

Dua layanan ini sangat efektif menurunkan *unmet need*, tetapi implementasinya lemah di banyak daerah karena kurangnya pelatihan dan supervisi. UPT dapat mengembangkan model kolaborasi dengan RSUD provinsi, puskesmas kabupaten, fasilitas KB swasta, organisasi profesi tenaga kesehatan.

Beberapa provinsi, terutama wilayah kepulauan, sering mengalami kekosongan stok kontrasepsi. UPT dapat menciptakan sistem *early warning system* stok kontrasepsi, memperkuat rantai distribusi, memastikan tidak ada wilayah yang kekurangan alat kontrasepsi.

Data keluarga merupakan dasar perencanaan kebijakan, tetapi kualitas dan pemanfaatannya masih rendah antarwilayah. Tanpa struktur teknis provinsi, data tidak dapat divalidasi secara sistematis.

UPT provinsi dapat menjadi pusat validasi data kependudukan dan keluarga. UPT dapat memastikan mekanisme validasi lapangan, sinkronisasi data keluarga dengan data kesehatan, pendidikan, sosial, pembaruan data keluarga waktu nyata (*real-time*).

UPT dapat menghasilkan peta-peta strategis seperti: peta keluarga berisiko *stunting*, peta *unmet need* KB, peta usia kawin pertama, peta TFR antarwilayah, peta risiko kesehatan reproduksi remaja, peta ketahanan keluarga. Ini penting bagi Bappeda dalam menyusun perencanaan.

UPT menjadi simpul integrasi data antara: Kemendukbangga/BKKBN, Kemenkes, Kemendagri (dukcapil), Kemensos Hal ini memperkuat kebijakan berbasis bukti (*evidence-based policy*).

Ketimpangan Sumber Daya Manusia antarprovinsi menjadi penghambat utama keberhasilan program keluarga. UPT provinsi dapat menjadi pusat peningkatan kapasitas. UPT dapat memberikan pelatihan: pengasuhan responsif, konseling keluarga, pendampingan 1.000 HPK, konseling remaja, analisis data keluarga, penyuluhan KB modern, mitigasi risiko keluarga.

Tanpa UPT, supervisi teknis sangat tidak merata dan bergantung pada kapasitas Organisasi Perangkat Daerah masing-masing. UPT dapat menjalankan supervisi terjadwal yang konsisten.

UPT dapat membantu daerah dalam: proyeksi sasaran keluarga, analisis kebutuhan, penyusunan target indikator, penguatan dokumen perencanaan. UPT provinsi berfungsi sebagai “mesin percepatan” (*accelerating unit*) yang memastikan standar, evaluasi, dan konsistensi implementasi di seluruh provinsi.

Selain itu, supervisi dan monitoring program di daerah membutuhkan penguatan kelembagaan. Tanpa supervisi provinsi yang terstruktur, program keluarga dan KB di Kabupaten/Kota berjalan tanpa standar yang seragam. Supervisi yang dilakukan dari pusat memiliki keterbatasan jangkauan, terutama di provinsi luas dan kepulauan. UPT provinsi dapat mengembangkan mekanisme supervisi berskala provinsi dengan indikator baku, frekuensi tetap, dan evaluasi yang dapat ditindaklanjuti. Pendekatan ini memungkinkan terciptanya rantai akuntabilitas yang lebih jelas antara pusat, provinsi, dan Kabupaten/Kota. Ketidakteraturan pelaksanaan supervisi selama ini berkontribusi terhadap kesenjangan capaian program antarwilayah, dan UPT memiliki fungsi merapikan ketidakteraturan tersebut.

Selain alasan teknis, urgensi pembentukan UPT provinsi juga kuat dari sisi koordinasi lintas sektor. Program keluarga dan kependudukan melibatkan berbagai sektor yang sering bekerja dalam silo masing-masing. Tanpa UPT, Kemendukbangga/BKKBN tidak memiliki landasan institusional

sebagai koordinator teknis di provinsi. UPT dapat berperan sebagai simpul koordinasi antarsektor yang memastikan integrasi program keluarga dengan kesehatan ibu-anak, pendidikan keluarga, perlindungan sosial, perencanaan wilayah, dan program penanggulangan kemiskinan. Dengan demikian, pendekatan pembangunan keluarga tidak hanya bersifat sektoral, tetapi integratif dan menyeluruh.

Urgensi kelembagaan ini semakin kuat ketika dikaitkan dengan pencapaian target nasional RPJMN dan RPJPN. Capaian *stunting*, *modern contraceptive prevalence rate* (mCPR), *unmet need*, *Age Specific Fertility Rate* (ASFR) remaja, dan ketahanan keluarga merasa lambat karena tidak ada mesin percepatan (*accelerating unit*) di tingkat provinsi. Dalam ilmu kebijakan publik, percepatan pencapaian target membutuhkan struktur kelembagaan yang kuat, bukan hanya kerangka regulatif. UPT provinsi adalah struktur yang dapat menjalankan fungsi percepatan tersebut melalui supervisi, pengumpulan data, peningkatan kapasitas SDM, dan koordinasi intersektoral terfokus.

Dari perspektif keadilan demografis, UPT juga diperlukan untuk menjembatani ketimpangan antardaerah. Provinsi kaya cenderung memiliki kemampuan lebih baik dalam program keluarga dan kependudukan daripada provinsi miskin. Tanpa UPT, kesenjangan ini semakin melebar karena tidak ada mekanisme struktural untuk membantu provinsi yang tertinggal dalam kapasitas teknis dan pelayanan. UPT menyediakan bantuan teknis terstruktur bagi provinsi yang memiliki kapasitas fiskal rendah, kualitas sumber daya manusia terbatas, dan akses layanan kesehatan yang minim. Pendekatan ini selaras dengan prinsip pemerataan pembangunan nasional sehingga semua penduduk, terlepas dari wilayahnya, memperoleh akses layanan keluarga dan KB yang berkualitas.

Dalam konteks transisi demografi, UPT provinsi dibutuhkan untuk membantu daerah memahami dan mengelola perubahan struktur umur penduduk yang berdampak pada kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, dan sosial-ekonomi keluarga. Provinsi yang akan memasuki *aging society* memerlukan strategi keluarga lansia, penyediaan layanan jangka panjang,

dan program dukungan keluarga. Sementara itu provinsi dengan fertilitas tinggi memerlukan strategi penurunan TFR dan peningkatan layanan KB. Tanpa UPT, analisis demografi strategis di tingkat provinsi tidak dapat dilakukan secara komprehensif.

Dari seluruh uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa urgensi pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi bersifat multidimensional: strategis, teknis, operasional, struktural, dan ilmiah. UPT merupakan instrumen kebijakan yang memastikan konsistensi, pemerataan, dan efektivitas program keluarga dan kependudukan di seluruh wilayah Indonesia. Dalam kerangka pembangunan nasional berbasis kependudukan dan keluarga menuju Indonesia Emas 2045, pembentukan UPT provinsi bukan hanya pilihan administratif, tetapi kebutuhan fundamental dalam mewujudkan tata kelola kependudukan modern, efektif, dan berkeadilan.

1.5 Tujuan dan Sasaran Pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi

Tujuan pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi berangkat dari kebutuhan strategis untuk memperkuat pelaksanaan kebijakan pembangunan keluarga dan kependudukan secara terukur dan konsisten di seluruh wilayah Indonesia. Tujuan ini mencakup dimensi strategis, teknis, operasional, kelembagaan, dan tata kelola, sehingga UPT tidak hanya berfungsi sebagai simpul administratif, tetapi sebagai pusat kompetensi dan pelaksana kebijakan di tingkat provinsi.

Secara strategis, pembentukan UPT bertujuan memastikan bahwa mandat pembangunan keluarga, pengendalian penduduk, dan pembangunan manusia dalam RPJPN 2025–2045 dapat diterjemahkan secara konsisten ke dalam kebijakan dan program daerah. Tanpa UPT, perbedaan kapasitas daerah mengakibatkan variasi performa yang signifikan, sehingga pencapaian target nasional menjadi tidak merata. Tujuan strategis lainnya adalah memastikan adanya struktur kelembagaan yang mampu mengawal transformasi demografi menuju *aging society*,

memanfaatkan bonus demografi secara optimal, dan memperkuat ketahanan keluarga Indonesia.

Dalam dimensi teknis, tujuan pembentukan UPT adalah meningkatkan kualitas dan standarisasi pelayanan pembangunan keluarga dan KB. UPT dirancang untuk memastikan bahwa pedoman, Standar Operasional Prosedur (SOP), standar klinis, standar konseling, standar pendampingan keluarga, serta pendekatan intervensi keluarga berbasis risiko diterapkan secara konsisten di seluruh provinsi. Tujuan teknis ini berorientasi pada peningkatan kualitas layanan melalui supervisi provinsi, audit layanan, pelatihan teknis, dan penguatan tenaga penyuluh KB, konselor keluarga, serta analisis data keluarga.

Pada dimensi operasional, tujuan UPT adalah memperkuat mekanisme monitoring dan evaluasi. Dengan adanya UPT, sistem monev menjadi lebih sistematis, terjadwal, dan berbasis indikator. Tujuan ini mencakup pembangunan mekanisme supervisi kabupaten/kota, evaluasi berkala program keluarga, pemantauan capaian indikator, serta penyusunan rekomendasi kebijakan untuk menutup kesenjangan implementasi. UPT juga memiliki fungsi operasional dalam penguatan rantai pasok kontrasepsi, distribusi logistik, serta respons cepat terhadap kendala layanan KB dan keluarga di daerah.

Pada dimensi kelembagaan, tujuan pembentukan UPT adalah menciptakan simpul koordinasi lintas sektor di tingkat provinsi yang memungkinkan integrasi program antara sektor kesehatan, pendidikan, sosial, ketenagakerjaan, dan perencanaan pembangunan daerah. Dengan demikian, UPT menjadi entitas yang menghubungkan kebijakan nasional dengan dinamika daerah melalui mekanisme koordinasi yang terstruktur, adaptif, dan responsif terhadap kebutuhan keluarga dan penduduk.

Sasaran pembentukan UPT dapat dijabarkan dalam beberapa bentuk konkret. Sasaran pertama adalah meningkatnya kualitas layanan keluarga dan KB secara merata di seluruh provinsi. Sasaran ini terlihat pada membaiknya kualitas konseling keluarga, meningkatnya cakupan layanan

KB modern, penurunan *unmet need*, menurunnya angka kawin muda, serta menguatnya pendidikan keluarga dan remaja.

Sasaran kedua adalah meningkatnya kompetensi SDM teknis daerah. UPT menjadi pusat pelatihan yang memastikan penyuluh KB, analisis data, konselor keluarga, dan tenaga teknis lainnya memperoleh pelatihan yang memadai dan mutakhir sesuai kebutuhan program.

Sasaran ketiga adalah terbangunnya sistem data keluarga yang akurat, valid, dan terintegrasi. Dengan adanya UPT, data keluarga dapat dianalisis untuk perencanaan berbasis bukti di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota, sehingga intervensi keluarga dapat diarahkan secara lebih presisi.

Sasaran keempat adalah meningkatnya efektivitas koordinasi lintas sektor. Dengan UPT, integrasi program keluarga dengan kesehatan reproduksi, pendidikan remaja, perlindungan sosial, dan ekonomi keluarga dapat berjalan lebih baik sehingga keluarga memperoleh intervensi menyeluruh.

Sasaran kelima adalah meningkatnya keseragaman capaian program nasional antarprovinsi. Dengan supervisi dan pendampingan teknis provinsi, kesenjangan performa antarwilayah dapat ditekan, sehingga target nasional seperti penurunan *stunting*, peningkatan ketahanan keluarga, penurunan fertilitas remaja, serta peningkatan partisipasi KB modern dapat dicapai secara lebih merata.

Dengan demikian, tujuan dan sasaran pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan refleksi dari kebutuhan untuk mengokohkan implementasi kebijakan berbasis keluarga dan kependudukan. UPT merupakan instrumen strategis untuk memastikan bahwa pembangunan keluarga dan kependudukan dapat berjalan efektif, terukur, berkeadilan, dan selaras dengan Visi Indonesia Emas 2045.

1.6 Metodologi Penyusunan Naskah

Penyusunan naskah urgensi pembentukan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kemendukbangga/BKKBN Provinsi dilakukan melalui pendekatan

metodologis yang terstruktur, komprehensif, dan berbasis bukti. Mengingat isu kependudukan dan pembangunan keluarga melibatkan berbagai dimensi kebijakan publik, dinamika demografi, tata kelola pemerintahan, dan kemampuan daerah dalam mengimplementasikan program teknis, maka penyusunan naskah ini mengintegrasikan empat pendekatan utama: pendekatan kebijakan publik, analisis data kependudukan dan capaian program, studi komparasi model UPT, dan analisis kebutuhan (*needs assessment*). Pendekatan metodologis ini sejalan dengan kerangka analitis dalam kajian kebijakan publik yang menekankan pentingnya integrasi antara teori, data empiris, analisis institusi, dan penyusunan alternatif kebijakan (Dunn, 2018; Howlett & Ramesh, 2020).

Pendekatan kebijakan publik menjadi kerangka utama karena isu pembentukan UPT merupakan bagian dari siklus kebijakan, yakni identifikasi masalah, perumusan opsi kebijakan, pengambilan keputusan, implementasi, dan evaluasi (Hill & Hupe, 2014). Analisis kebijakan digunakan untuk menilai urgensi struktural pembentukan UPT dengan melihat bagaimana kebijakan keluarga dan kependudukan selama ini menghadapi hambatan dalam implementasi akibat disparitas kapasitas daerah, fragmentasi kelembagaan, dan ketidakmerataan kualitas layanan KB (Peters, 2021). Pendekatan kebijakan publik juga memberikan kerangka konseptual untuk memetakan aktor, proses, instrumen kebijakan, serta mengidentifikasi bagaimana lembaga teknis seperti UPT dapat mengisi *gap* implementasi yang selama ini terjadi (Sabatier & Weible, 2014).

Dalam pendekatan ini, naskah mengadopsi *governance perspective* yang menempatkan koordinasi lintas aktor sebagai faktor penentu efektivitas kebijakan (Pierre & Peters, 2020). Pembentukan UPT provinsi dianalisis sebagai upaya memperkuat koordinasi *multilevel governance* antara pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, fasilitas layanan KB, tenaga penyuluh, dan masyarakat. Pendekatan kebijakan publik juga digunakan untuk menilai dampak jangka panjang pembentukan UPT terhadap akuntabilitas, pemerataan layanan, dan peningkatan kualitas implementasi

program keluarga, sebagaimana ditekankan dalam teori reformasi kelembagaan publik (Pollitt & Bouckaert, 2017).

Komponen metodologis kedua adalah analisis data kependudukan dan capaian program. Analisis ini diperlukan untuk memahami konteks empiris pembangunan keluarga di Indonesia. Data kependudukan menjadi landasan ilmiah yang memberikan gambaran luas mengenai kondisi fertilitas, mortalitas, migrasi, struktur umur, dan dinamika keluarga (BPS, 2023; Bappenas, 2022). Dalam naskah ini digunakan data mengenai disparitas *Total Fertility Rate* (TFR), angka kelahiran remaja, angka perkawinan anak, angka harapan hidup, urbanisasi, dan rasio ketergantungan penduduk yang sangat bervariasi antarwilayah.

Analisis demografi tersebut penting karena menunjukkan bahwa setiap provinsi menghadapi persoalan kependudukan yang berbeda, sehingga membutuhkan struktur teknis yang dapat memberikan intervensi adaptif (Lee & Mason, 2014; UNFPA, 2022). Data keluarga dari Kemendukbangga/BKKBN digunakan untuk memahami situasi ketahanan keluarga, kerentanan sosial, kondisi pengasuhan, serta profil risiko keluarga (Kemendukbangga/BKKBN, 2023). Analisis ini memperlihatkan pentingnya UPT dalam menyediakan dukungan teknis berbasis data bagi provinsi dan Kabupaten/Kota.

Pendekatan ini juga mencakup analisis capaian program layanan KB, khususnya dalam hal akses kontrasepsi modern, kualitas layanan, konsistensi pendampingan keluarga, dan pelaksanaan pendidikan keluarga serta edukasi remaja (World Bank, 2019). Variasi capaian program antarwilayah menunjukkan bahwa sebagian provinsi memiliki performa yang baik, sementara provinsi lain masih menghadapi hambatan serius. Tanpa UPT, variasi kinerja ini berpotensi memperlebar kesenjangan pembangunan keluarga dan berpengaruh langsung terhadap ketimpangan kualitas SDM.

Komponen metodologis ketiga adalah studi komparasi model UPT nasional dan internasional. Studi ini penting karena memberikan gambaran empiris mengenai bagaimana lembaga teknis bekerja di berbagai sektor dan negara. Studi komparasi dilakukan terhadap UPT Kementerian Kesehatan,

Kementerian Pertanian, BNPB, dan Badan Informasi Geospasial, yang menunjukkan bahwa UPT efektif meningkatkan kualitas implementasi kebijakan teknis di daerah (OECD, 2021). Di level internasional, kajian diarahkan pada sistem pelayanan keluarga di Korea Selatan, Thailand, Singapura, dan Jepang, yang telah lama membangun struktur teknis sub-nasional untuk mengelola dinamika keluarga dan kependudukan (Choe et al., 2020; Jones, 2023).

Studi komparasi ini memperkuat argumen bahwa negara yang berhasil mengelola transisi demografi umumnya memiliki lembaga teknis yang kuat di tingkat wilayah untuk memastikan program keluarga dan layanan kesehatan reproduksi dijalankan secara konsisten (UN DESA, 2020). Analisis ini memberikan pembelajaran penting tentang kebutuhan struktur teknis yang fleksibel tetapi terstandar, memiliki fungsi supervisi, monitoring, dan integrasi data.

Komponen metodologis keempat adalah analisis kebutuhan atau *needs assessment*. Analisis ini digunakan untuk mengidentifikasi gap antara kondisi ideal dan kondisi aktual dalam implementasi program keluarga dan KB. *Needs assessment* dilakukan dengan memeriksa kapasitas SDM, kualitas layanan KB, distribusi logistik, kemampuan daerah menganalisis data, efektivitas koordinasi lintas sektor, dan status infrastruktur yang mendukung program keluarga (Grindle, 1997). Hasil analisis menunjukkan bahwa banyak Kabupaten/Kota memiliki keterbatasan signifikan dalam hal tenaga penyuluh KB, konselor keluarga, analisis data, dan kemampuan manajerial.

Selain itu, banyak daerah menghadapi kendala teknis seperti ketidakstabilan stok kontrasepsi, rendahnya penetrasi layanan KB pascapersalinan, dan lemahnya sinergi antara dinas kesehatan, dinas sosial, serta dinas pendidikan (Kemenkes, 2022; Kemendikdasmen, 2023). *Needs assessment* menunjukkan jelas bahwa daerah membutuhkan dukungan teknis berkelanjutan, pelatihan, dan supervisi provinsi yang selama ini sulit dilakukan tanpa UPT.

Keempat pendekatan metodologis tersebut dipadukan melalui triangulasi analisis agar hasil kajian memiliki validitas akademik yang tinggi (Creswell & Creswell, 2018). Triangulasi dilakukan melalui penggabungan analisis teori kebijakan publik, data empiris, studi komparasi, dan kebutuhan daerah sehingga menghasilkan rekomendasi kelembagaan yang realistis, ilmiah, dan dapat diterapkan. Pendekatan integratif ini menghindarkan naskah dari bias sektoral atau bias normatif, dan memastikan bahwa argumen mengenai urgensi pembentukan UPT provinsi benar-benar berbasis bukti (Head, 2016).

Melalui metode ini, penyusunan naskah mampu memotret secara holistik masalah implementasi kebijakan keluarga dan kependudukan, mengidentifikasi akar penyebab, menilai kapasitas kelembagaan daerah, dan membangun argumentasi mengenai perlunya struktur teknis provinsi yang kuat. Dengan demikian, metodologi yang digunakan memastikan bahwa rekomendasi pembentukan UPT bukan hanya respons terhadap masalah administratif, melainkan solusi ilmiah terhadap tantangan struktural dalam pembangunan keluarga dan kependudukan di Indonesia.

BAB II

LANDASAN TEORETIS DAN KONSEPTUAL PEMBENTUKAN UPT KEMENDUKBANGGA/BKKBN PROVINSI

2.1 Kerangka Kebijakan Publik untuk Analisis Pembentukan UPT

Pembentukan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan intervensi kebijakan yang tidak dapat dilepaskan dari konteks teoretis kebijakan publik, tata kelola pemerintahan, dan dinamika implementasi kebijakan sosial di Indonesia. Dalam analisis kebijakan publik, penting untuk memahami bahwa setiap kebijakan bukan hanya produk keputusan pemerintah, tetapi sebuah proses yang melibatkan berbagai aktor, institusi, kepentingan, dinamika implementasi, dan hasil yang dipengaruhi konteks sosial-politik serta kapasitas kelembagaan (Dunn, 2018). Oleh karena itu, kerangka teoretis kebijakan publik digunakan sebagai landasan untuk menjelaskan mengapa pembentukan UPT menjadi kebutuhan struktural dan bukan sekadar pilihan administratif.

Kerangka kebijakan publik menyediakan perangkat analitis untuk memetakan hubungan antara masalah publik, proses formulasi kebijakan, struktur implementasi, serta bagaimana sebuah kebijakan dapat menghasilkan dampak yang diharapkan. Dalam konteks ini, pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi dianalisis sebagai respons terhadap masalah implementasi kebijakan pembangunan keluarga dan kependudukan yang terfragmentasi, bervariasi antarwilayah, dan tidak memiliki simpul koordinasi teknis yang kuat di tingkat provinsi. Analisis ini tidak hanya melihat UPT sebagai unit administratif baru, tetapi sebagai infrastruktur kebijakan yang diperlukan untuk memastikan efektivitas implementasi program keluarga, layanan KB, dan pengelolaan data keluarga secara nasional.

2.1.1 Teori Kebijakan Publik sebagai Fondasi Analisis

Teori kebijakan publik memberikan kerangka untuk memahami bagaimana sebuah kebijakan dirumuskan, diimplementasikan, dan dievaluasi. Salah satu teori dasar adalah model tahapan kebijakan (*stages heuristic model*) yang melihat kebijakan sebagai proses berurutan mulai dari identifikasi masalah, perumusan alternatif, pengambilan keputusan, implementasi, hingga evaluasi (Howlett & Ramesh, 2020). Dalam konteks ini, pembentukan UPT merupakan respons terhadap permasalahan implementasi yang telah teridentifikasi pada tahap evaluasi kebijakan pembangunan keluarga dan KB.

Evaluasi berbagai program menunjukkan bahwa disparitas implementasi antarprovinsi dan kabupaten/kota merupakan hambatan utama dalam pencapaian target nasional, seperti prevalensi *stunting*, TFR, ASFR, CPR modern, dan penguatan ketahanan keluarga (Kemendukbangga/BKKBN, 2023). Karena itu, pembentukan UPT muncul sebagai alternatif kebijakan untuk memperbaiki struktur implementasi sehingga lebih responsif dan konsisten dengan standar nasional.

Kerangka *policy subsystem* dan *advocacy coalition framework* (Sabatier & Weible, 2014) juga relevan untuk memahami bagaimana aktor-aktor seperti Kemendukbangga/BKKBN, Kemenkes, Kemendikdasmen, pemerintah daerah, penyuluh KB, dan organisasi profesi berinteraksi dalam pengelolaan isu keluarga. Pembentukan UPT dapat dilihat sebagai upaya memperkuat koherensi koalisi kebijakan pembangunan keluarga yang membutuhkan koordinasi antaraktor secara lebih terstruktur.

Teori kebijakan publik juga menggarisbawahi pentingnya kapasitas institusi dalam menjamin efektivitas kebijakan (Peters, 2021). Kapasitas institusi sangat berpengaruh terhadap kualitas implementasi kebijakan sosial dan kesehatan, termasuk layanan KB dan pendampingan keluarga. Tanpa UPT, kapasitas daerah tidak cukup untuk menjalankan tugas teknis yang kompleks, sehingga kebijakan pusat sulit diterjemahkan secara konsisten di tingkat lapangan.

2.1.2 Teori Implementasi Kebijakan dan Kebutuhan UPT

Teori implementasi kebijakan menekankan bahwa keberhasilan suatu kebijakan sangat dipengaruhi oleh bagaimana kebijakan tersebut diterjemahkan ke dalam tindakan nyata. Hill dan Hupe (2014) menggambarkan implementasi sebagai kombinasi antara desain kebijakan, kapasitas pelaksana, dan konteks lokal. Ketika kapasitas pelaksana rendah, kebijakan yang baik pun tidak menghasilkan dampak yang diharapkan.

Konsep *street-level bureaucracy* (Lipsky, 2010) sangat relevan dalam konteks program keluarga dan KB. Penyuluh KB, bidan, tenaga kesehatan, dan pendamping keluarga adalah pelaku garis depan yang menerjemahkan kebijakan di lapangan. Namun tanpa supervisi, pelatihan, dan standar teknis yang konsisten dari tingkat provinsi, kualitas layanan sangat tergantung pada kapasitas individu dan daerah. Pembentukan UPT dibutuhkan untuk memastikan bahwa “birokrat garis depan” memperoleh pembinaan teknis yang berkelanjutan sehingga dapat memberikan layanan berkualitas.

Model implementasi *top-down* memberikan gambaran mengapa UPT diperlukan sebagai struktur perpanjangan tangan pemerintah pusat. Tanpa UPT, kebijakan nasional harus melompat langsung ke kabupaten/kota melalui koordinasi administratif, yang sering tidak efektif karena perbedaan kapasitas daerah (Pressman & Wildavsky, 1984). Dengan UPT provinsi, terjadi penguatan rantai implementasi sehingga kebijakan pusat memiliki saluran teknis yang lebih dekat dengan pemerintahan daerah. Sebaliknya, pendekatan *bottom-up* menekankan bahwa keberhasilan implementasi bergantung pada kemampuan unit pelaksana untuk menginterpretasikan kebijakan sesuai konteks lokal. UPT dapat memainkan peran integratif, menggabungkan ketegasan standar nasional dengan fleksibilitas adaptasi daerah. Dengan demikian, UPT menjadi jembatan antara pendekatan *top-down* dan *bottom-up* yang akan memperkuat implementasi program keluarga dan KB secara adaptif.

2.1.3 Governance dan Multilevel Governance dalam Pembentukan UPT

Governance modern menekankan jaringan aktor, koordinasi, kolaborasi, dan tata kelola lintas sektor (Pierre & Peters, 2020). Dalam isu keluarga, jaringan aktor sangat kompleks: kesehatan, pendidikan, sosial, ekonomi, hukum, dan ketenagakerjaan. Pembentukan UPT provinsi diperlukan untuk memimpin koordinasi lintas sektor tersebut secara teknis, bukan sekadar administratif.

Konsep *multilevel governance* (Bache & Flinders, 2004; Rothgang & Schmid, 2021) sangat relevan karena menekankan peran pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota dalam menjalankan kebijakan nasional secara selaras. Program keluarga dan KB memerlukan koordinasi lintas level. Tanpa UPT provinsi, koordinasi nasional–daerah sering tidak sinkron sehingga kebijakan menjadi terfragmentasi. Dalam konteks implementasi kebijakan keluarga, UPT provinsi berfungsi sebagai simpul (*nodal point*) untuk:

- a. integrasi program lintas sektor,
- b. standardisasi layanan KB,
- c. penguatan data keluarga,
- d. pendampingan kabupaten/kota, dan
- e. peningkatan kualitas SDM teknis.

Governance modern menuntut struktur yang mampu mengelola kompleksitas. UPT menjadi “struktur integratif” yang dapat mereduksi fragmentasi pelayanan keluarga dan KB di Indonesia.

2.1.4 Teori Reformasi Kelembagaan dan Relevansinya

Literatur reformasi kelembagaan (Pollitt & Bouckaert, 2017) menyatakan bahwa ketika implementasi kebijakan mengalami ketidakefektifan, maka perubahan struktur sering kali menjadi solusi rasional. Reformasi kelembagaan dilakukan untuk meningkatkan koordinasi, konsistensi standar, akuntabilitas, dan efisiensi layanan. Dalam banyak

negara, pembentukan lembaga teknis tingkat wilayah terbukti meningkatkan efektivitas kebijakan sosial.

Studi komparatif terhadap UPT Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian, BNPB, dan Badan Informasi Geospasial menunjukkan bahwa kehadiran UPT provinsi memperkuat kualitas implementasi kebijakan teknis dan memperpendek jarak antara pusat dan daerah (OECD, 2021). Oleh karena itu, pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN memiliki dasar teoretis yang kuat dalam konteks reformasi kelembagaan.

2.1.5 Kerangka Kebijakan Publik sebagai Dasar Rasionalitas Ilmiah Pembentukan UPT

Berdasarkan teori-teori tersebut, pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi memiliki rasionalitas ilmiah yang kuat karena:

- a. Menanggapi masalah implementasi kebijakan yang telah diidentifikasi melalui evaluasi program.
- b. Memperkuat kapasitas pemerintah daerah dalam melaksanakan program keluarga, Keluarga Berencana (KB), dan pembangunan kependudukan.
- c. Menyediakan struktur yang selaras dengan prinsip *governance* modern, termasuk kolaborasi lintas sektor dan pendekatan *multilevel governance*.
- d. Meningkatkan efektivitas reformasi kelembagaan dalam penyelenggaraan kebijakan kependudukan dan keluarga.
- e. Menjadi instrumen kebijakan publik yang dapat menjamin konsistensi, efisiensi, dan pemerataan implementasi di seluruh provinsi.

Dengan demikian, pendekatan kebijakan publik memberikan landasan argumentatif dan konseptual yang komprehensif untuk pembentukan UPT sebagai instrumen strategis pembangunan keluarga dan pengendalian penduduk di Indonesia.

2.2 Landasan Teoretis Pembangunan Keluarga

Pembangunan keluarga merupakan salah satu pilar fundamental dalam pembangunan manusia karena keluarga dipandang sebagai unit sosial terkecil yang memainkan peran penting dalam membentuk kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), ketahanan sosial, dan stabilitas masyarakat. Teori pembangunan keluarga menekankan bahwa kualitas hubungan antaranggota keluarga, kondisi sosial ekonomi keluarga, dinamika pengasuhan, serta akses terhadap layanan dasar memiliki pengaruh langsung terhadap perkembangan individu dan masyarakat. Dalam konteks pembangunan nasional, keluarga menjadi ruang pertama pembentukan nilai, pendidikan awal, kesehatan dasar, serta penguatan kapasitas manusia sepanjang siklus hidup. Karena itu, teori-teori yang menjelaskan dinamika keluarga sangat penting dalam merumuskan urgensi pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi sebagai struktur teknis pendukung implementasi kebijakan pembangunan keluarga.

Salah satu teori penting adalah teori ketahanan keluarga (*family resilience theory*), yang memandang keluarga sebagai sistem yang memiliki kemampuan beradaptasi, mengatasi tekanan, serta bangkit dari tantangan sosial, ekonomi, maupun kesehatan (Walsh, 2016). Ketahanan keluarga tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi internal seperti kohesi, komunikasi, dan peran antaranggota keluarga, tetapi juga oleh faktor eksternal seperti akses terhadap pendidikan, kesehatan, layanan KB, dukungan sosial, serta kondisi lingkungan. Dalam konteks Indonesia, keluarga berisiko seperti keluarga miskin, keluarga dengan kualitas pengasuhan rendah, keluarga dengan kasus kekerasan, dan keluarga yang menghadapi masalah kesehatan mental memerlukan intervensi sistematis berbasis keluarga. Tanpa struktur teknis seperti UPT provinsi, penyelenggaraan pendampingan keluarga berisiko dan peningkatan ketahanan keluarga akan sangat bergantung pada kapasitas daerah, yang saat ini sangat bervariasi.

Teori ekologi keluarga (Bronfenbrenner, 1979) juga memberikan kerangka penting dalam memahami pembangunan keluarga. Teori ini

memandang perkembangan individu dan keluarga dipengaruhi oleh sistem lingkungan berlapis seperti keluarga inti, sekolah, komunitas, kebijakan, dan budaya. Dalam konteks kebijakan pembangunan keluarga, teori ini menegaskan perlunya intervensi *multi-level* yang didukung oleh sistem institusional yang kuat. UPT provinsi berfungsi sebagai instrumen struktural yang dapat memperkuat interaksi antarlevel sistem, khususnya dalam menjembatani kebijakan nasional dan praktik layanan di kabupaten/kota.

Selain itu, teori siklus hidup keluarga (*family life cycle theory*) menjelaskan bahwa keluarga mengalami tahapan perkembangan yang berbeda, mulai dari pembentukan pasangan, memiliki anak, membesarkan remaja, hingga memasuki fase lansia (Carter & McGoldrick, 2005). Setiap tahap memerlukan intervensi berbeda. Pendidikan pranikah diperlukan pada tahap prapernikahan, layanan KB dan kesehatan reproduksi penting pada fase reproduksi, sementara pendampingan pengasuhan diperlukan pada fase membesarkan anak. Ketika keluarga memasuki tahap lansia, mereka membutuhkan dukungan kesehatan jangka panjang dan perlindungan sosial. UPT memiliki peran strategis dalam memastikan bahwa intervensi yang bersifat siklus hidup ini dilaksanakan secara terstandar dan konsisten.

Pembangunan keluarga juga dipengaruhi oleh teori intervensi sosial, yang menyatakan bahwa intervensi tidak boleh hanya fokus pada individu, tetapi pada seluruh unit keluarga (Minuchin, 2018). Intervensi keluarga seperti konseling, pendampingan pengasuhan, edukasi remaja, dan perlindungan keluarga berisiko memerlukan dukungan teknis dari struktur provinsi. Tanpa UPT, intervensi keluarga kerap dilakukan secara parsial dan tidak terintegrasi dengan sektor lain seperti kesehatan, sosial, atau pendidikan.

Selain teori-teori klasik, literatur kontemporer mengenai pembangunan keluarga menekankan pentingnya pendekatan *family-centered policy*, yakni kebijakan yang secara eksplisit menjadikan keluarga sebagai pusat analisis (Bogensneider & Corbett, 2020). Pendekatan ini sangat relevan dalam konteks Indonesia yang memiliki dinamika keluarga beragam, mulai dari keluarga perkotaan, keluarga pedesaan, keluarga migran, hingga keluarga di

daerah tertinggal. Kebutuhan intervensi berbeda antarwilayah, sehingga memerlukan struktur teknis di provinsi yang mampu melakukan adaptasi kebijakan berbasis konteks.

Dalam konteks Layanan Keluarga Berencana (Layanan KB) dan kesehatan reproduksi, teori pembangunan keluarga berperan penting dalam memahami kebutuhan keluarga sepanjang siklus reproduksi. Layanan KB tidak hanya menjadi instrumen pengendalian fertilitas, tetapi bagian dari upaya menjaga kesehatan perempuan, memberikan ruang kehamilan yang aman, mencegah kehamilan tidak diinginkan, dan mengurangi risiko kesehatan reproduksi (Cleland et al., 2019). Untuk memastikan layanan tersebut berjalan optimal, diperlukan supervisi teknis provinsi yang dapat memastikan standar pelayanan KB diterapkan secara seragam. UPT menjadi instrumen untuk menjamin kualitas layanan KB, konseling, dan kesehatan reproduksi sesuai pedoman klinis nasional.

Konsep ketahanan keluarga juga berkaitan erat dengan isu *stunting*, pernikahan anak, kekerasan dalam rumah tangga, dan kesehatan mental remaja. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa ketahanan keluarga merupakan faktor protektif utama bagi pencegahan risiko tersebut (Black et al., 2013; UNICEF, 2020). Intervensi keluarga memerlukan pendekatan lintas sektor yang kuat, termasuk kesehatan, pendidikan, sosial, dan tata kelola lokal. Tanpa struktur teknis provinsi, koordinasi lintas sektor bersifat sporadis dan bergantung pada inisiatif pemerintah daerah. Dalam kerangka ini, UPT muncul sebagai entitas yang krusial untuk memastikan integrasi intervensi keluarga secara sistemik.

Pembangunan keluarga juga sangat terkait dengan aspek sosial-ekonomi. Teori kesejahteraan keluarga menekankan bahwa kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan dasar seperti pangan, pendidikan, kesehatan, dan perlindungan sosial merupakan determinan utama kualitas SDM (Esping-Andersen, 2016). Keluarga yang tidak memiliki akses layanan publik berkualitas akan menghadapi risiko yang tinggi. Karena itu, UPT diperlukan untuk mendukung pemerintah daerah dalam memastikan akses tersebut lebih merata dan sesuai standar.

Literatur pembangunan keluarga juga menegaskan peran analisis data dalam menentukan intervensi yang tepat sasaran. Data keluarga merupakan instrumen penting dalam memahami risiko, mengidentifikasi kelompok yang membutuhkan intervensi, serta memantau perkembangan program. Namun validitas dan pemanfaatan data keluarga masih menjadi tantangan besar di Indonesia (*World Bank*, 2019). UPT provinsi berperan penting dalam memperkuat kemampuan daerah dalam memanfaatkan data untuk perencanaan berbasis bukti.

Secara keseluruhan, landasan teoretis pembangunan keluarga menunjukkan bahwa keberhasilan program keluarga sangat bergantung pada struktur kelembagaan yang mampu menjalankan fungsi teknis, supervisi, dan koordinasi lintas sektor. Dalam konteks Indonesia, UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan komponen struktural yang diperlukan untuk mengoperasionalkan teori-teori tersebut dalam kebijakan nyata.

2.3 Landasan Teoretis Kependudukan

Isu kependudukan memiliki kedalaman teoretis yang luas dan berpengaruh besar terhadap arah kebijakan pembangunan nasional. Pembahasan mengenai landasan teoretis kependudukan dalam konteks pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi menjadi sangat penting karena kebijakan kependudukan selalu berkaitan dengan pengelolaan dinamika populasi yang kompleks serta berimplikasi pada pembangunan manusia dan kesejahteraan sosial.

Teori transisi demografi adalah salah satu teori paling mendasar dalam studi kependudukan. Teori ini menjelaskan pergeseran pola fertilitas dan mortalitas dari tingkat tinggi ke tingkat rendah seiring perkembangan sosial ekonomi suatu negara (Notestein, 1945). Indonesia saat ini berada pada fase transisi demografi lanjut, ditandai dengan penurunan fertilitas di sejumlah wilayah dan peningkatan umur harapan hidup (BPS, 2023). Namun perbedaan fase transisi antarwilayah sangat mencolok, sehingga kebijakan

kependudukan perlu diadaptasi sesuai karakteristik masing-masing provinsi. UPT provinsi diperlukan untuk membantu daerah menyesuaikan strategi kependudukan sesuai posisi mereka dalam transisi.

Kesenjangan antarwilayah juga dapat dijelaskan melalui teori modernisasi dan teori migrasi. Provinsi yang mengalami urbanisasi cepat, seperti DKI Jakarta dan Jawa Barat, menunjukkan penurunan fertilitas yang signifikan (Hull & Jones, 2017). Sebaliknya, provinsi dengan tingkat pendidikan rendah dan akses layanan KB terbatas masih berada pada fase fertilitas tinggi. Tanpa struktur teknis provinsi, pemerintah pusat sulit memberikan intervensi yang tepat sasaran.

Teori bonus demografi (*demographic dividend*) menjelaskan bagaimana suatu negara dapat memperoleh keuntungan ekonomi ketika proporsi penduduk usia produktif meningkat (Bloom et al., 2003). Indonesia memasuki periode bonus demografi yang memuncak pada 2030–2035. Namun keuntungan demografis bukan otomatis, melainkan harus diolah melalui kebijakan pendidikan, kesehatan, ketenagakerjaan, dan pembangunan keluarga yang efektif (Lee & Mason, 2014). UPT berperan besar dalam membantu provinsi mengelola program keluarga, pendidikan remaja, dan layanan KB yang berkontribusi langsung terhadap kesiapan generasi produktif.

Selain itu, teori kependudukan kontemporer menyoroti fenomena fertilitas rendah (*low fertility*) yang mulai dialami sejumlah negara Asia Timur seperti Jepang, Korea Selatan, dan Singapura (Jones, 2023). Negara-negara tersebut memperlihatkan bahwa menurunnya fertilitas berkaitan dengan faktor ekonomi, urbanisasi, tekanan sosial, dan perubahan norma keluarga. Dalam konteks Indonesia, beberapa provinsi mulai menunjukkan kecenderungan ke arah fertilitas rendah, sehingga memerlukan kebijakan adaptif untuk menjaga keseimbangan demografi. UPT provinsi dapat membantu provinsi-provinsi tersebut merumuskan kebijakan keluarga responsif untuk mencegah risiko *demographic trap*.

Teori transisi keluarga (*family transition theory*) menjelaskan perubahan struktur keluarga dari keluarga besar menjadi keluarga inti,

peningkatan usia kawin pertama, penurunan tingkat pernikahan, dan meningkatnya keluarga satu orang tua (Cherlin, 2014). Perubahan ini memiliki implikasi besar terhadap kebutuhan dukungan keluarga, layanan KB, perlindungan anak, dan penguatan ketahanan keluarga. UPT provinsi memiliki peran strategis dalam mengawal program adaptasi transisi keluarga ini agar tidak menimbulkan instabilitas sosial.

Selain dinamika fertilitas dan keluarga, teori penuaan penduduk (*population aging*) sangat relevan dalam perencanaan pembangunan jangka panjang. Peningkatan jumlah lansia akan berdampak pada beban ketergantungan, fasilitas kesehatan, layanan jangka panjang, dan perlindungan sosial (UN DESA, 2020). UPT provinsi dapat membantu mempersiapkan provinsi menghadapi penuaan populasi melalui layanan keluarga lansia, edukasi keluarga, dan integrasi data.

Selain teori utama, literatur kependudukan juga menekankan pentingnya data demografi yang berkualitas (Preston et al., 2001). Analisis demografi yang kuat membutuhkan data akurat mengenai kelahiran, kematian, migrasi, struktur keluarga, dan kesehatan masyarakat. Namun kemampuan daerah dalam mengelola data demografi masih terbatas. UPT provinsi berperan memperkuat kapasitas analisis data di tingkat daerah sehingga kebijakan yang dihasilkan berbasis bukti.

Dengan demikian, landasan teoretis kependudukan menegaskan bahwa dinamika populasi harus dikelola secara adaptif, berbasis data, dan melibatkan struktur teknis tingkat wilayah. Pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan langkah strategis agar teori-teori tersebut dapat diterjemahkan ke dalam kebijakan implementatif di tingkat daerah secara konsisten.

2.4 Landasan Teoretis Pelayanan Publik dan Kelembagaan

Pelayanan publik merupakan salah satu fungsi inti negara dalam memenuhi kebutuhan dasar masyarakat dan mewujudkan kesejahteraan publik. Dalam konteks pembangunan keluarga, pelayanan publik

memainkan peran vital karena kualitas dan efektivitas program keluarga, kesehatan reproduksi, dan layanan KB sangat bergantung pada bagaimana pemerintah menyelenggarakan layanan secara profesional, efektif, dan responsif. Namun teori pelayanan publik menyatakan bahwa keberhasilan layanan tidak hanya ditentukan oleh kualitas SDM dan sumber daya, tetapi juga oleh desain kelembagaan yang mendukung pelaksanaan layanan (Denhardt & Denhardt, 2015). Oleh karena itu, pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi perlu dilihat dalam perspektif pelayanan publik dan penguatan kelembagaan.

Pelayanan publik modern mencakup konsep responsivitas, akuntabilitas, aksesibilitas, kualitas layanan, dan konsistensi standar (Osborne, 2010). Dalam konteks pelayanan keluarga dan KB, hal-hal tersebut mencakup ketersediaan alat kontrasepsi, kualitas konseling, pelayanan KB pascapersalinan, edukasi keluarga, dan pelayanan kesehatan reproduksi. Namun berbagai penelitian menunjukkan bahwa kualitas layanan ini sangat bervariasi antarwilayah, sering kali bergantung pada kapasitas pemerintah daerah (Kemenkes, 2022). UPT provinsi dibutuhkan untuk memastikan standar tersebut diterapkan secara konsisten dan layanan dapat dijalankan sesuai pedoman teknis.

Teori pelayanan publik juga menekankan pentingnya *service delivery chain*, yaitu alur pelayanan yang melibatkan input (SDM dan sarana), proses (supervisi, pelatihan, implementasi), dan *output* (layanan kepada masyarakat) (Lynn et al., 2001). UPT provinsi berperan dalam memperkuat setiap mata rantai pelayanan. Sebagai contoh, dalam layanan KB, UPT membantu mengawasi kualitas layanan medis, menjamin kelancaran logistik kontrasepsi, serta melatih tenaga penyuluh dan bidan agar mampu memberikan konseling yang berkualitas.

Teori kelembagaan (*institutional theory*) memberikan kerangka untuk memahami bagaimana struktur organisasi memengaruhi tindakan dan kinerja layanan (Scott, 2014). Dalam konteks ini, institusi bukan sekadar organisasi, tetapi norma, aturan, dan praktik yang mengatur bagaimana kebijakan diimplementasikan. Pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN

Provinsi merupakan bentuk intervensi kelembagaan yang akan menciptakan aturan baru, struktur baru, dan pola operasional baru yang mendukung implementasi program keluarga. UPT dapat dipandang sebagai mekanisme untuk meningkatkan *institutional capacity* di tingkat wilayah.

Dalam perspektif teori kelembagaan, UPT berfungsi untuk mengatasi tiga kelemahan utama yang sering ditemui dalam implementasi kebijakan: fragmentasi koordinasi, lemahnya mekanisme supervisi, dan ketidakkonsistenan kualitas layanan (Peters, 2021). Di banyak daerah, koordinasi lintas sektor antara kesehatan, sosial, dan pendidikan masih lemah, sehingga program keluarga tidak berjalan secara terintegrasi. UPT provinsi berperan sebagai simpul teknis yang dapat memimpin koordinasi lintas sektor dan memastikan setiap sektor berkontribusi sesuai mandatnya.

Selanjutnya, teori kelembagaan menekankan pentingnya *coercive*, *normative*, dan *mimetic institutional pressures* (DiMaggio & Powell, 1983). Pembentukan UPT provinsi dapat meningkatkan tekanan normatif dan regulatif pada pemerintah daerah untuk melaksanakan program pembangunan keluarga sesuai standar nasional. UPT juga menjadi sarana harmonisasi model pelayanan agar daerah dapat meniru praktik terbaik dari provinsi lain.

Selain itu, teori birokrasi kontemporer menyoroti pentingnya unit teknis dalam penyelenggaraan kebijakan sosial. UPT memiliki karakteristik sebagai *line agency*, yaitu unit teknis yang menerima mandat operasional dari kementerian untuk menjalankan fungsi tertentu (Pollitt & Bouckaert, 2017). UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi akan menjadi *line agency* yang bertugas mengawasi kualitas layanan KB, mengelola pelatihan, mengintegrasikan data keluarga, dan melakukan pendampingan teknis kepada kabupaten/kota.

Konsep Osborne (2010) menjelaskan bahwa layanan publik modern membutuhkan jaringan kolaborasi antara pemerintah, masyarakat, organisasi profesi, dan lembaga swasta. Dalam isu pembangunan keluarga, hal ini terlihat dari kolaborasi dengan bidan, rumah sakit, organisasi perempuan, sekolah, dan lembaga swadaya masyarakat. UPT dapat

memperkuat jaringan kolaboratif tersebut dengan menyediakan data, pelatihan, dan supervisi teknis.

Teori *public value* (Moore, 1995) menyatakan bahwa tujuan kelembagaan adalah menciptakan nilai publik melalui penyediaan layanan yang memberikan manfaat bagi masyarakat. Dalam konteks ini, pembentukan UPT provinsi bertujuan menciptakan nilai publik melalui peningkatan kualitas layanan KB, perbaikan pendampingan keluarga berisiko, penguatan literasi keluarga, dan kesetaraan akses layanan di seluruh wilayah Indonesia.

Selain itu, teori pelayanan publik juga menyoroti peran penting evaluasi dan monitoring sebagai bagian dari siklus layanan (Patton et al., 2019). Monitoring program keluarga dan KB membutuhkan struktur yang dapat melakukan supervisi secara rutin, mengevaluasi indikator, dan memberikan umpan balik konstruktif. Tanpa UPT provinsi, siklus monitoring sulit dilakukan secara konsisten.

Dengan demikian, landasan teoretis pelayanan publik dan kelembagaan memberi dasar kuat bahwa pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi adalah langkah strategis untuk memperkuat struktur layanan publik dalam pembangunan keluarga. UPT menjadi alat kelembagaan yang dapat meningkatkan penyelenggaraan layanan publik, memperkuat koordinasi lintas sektor, dan memastikan standar nasional diterapkan di seluruh wilayah.

2.5 Kerangka Konseptual Pembangunan Keluarga, Kependudukan, dan Keluarga Berencana

Kerangka konseptual berfungsi untuk menjelaskan hubungan antarvariabel dan menggambarkan bagaimana kebijakan pembangunan keluarga, kependudukan, dan KB saling berinteraksi dalam sistem pembangunan manusia. Dalam konteks pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi, kerangka konseptual ini memiliki peran

penting untuk menjelaskan bagaimana struktur organisasi baru dapat mendukung pencapaian tujuan pembangunan keluarga dan kependudukan.

Dalam kerangka pembangunan keluarga, terdapat tiga komponen utama: ketahanan keluarga, kualitas layanan keluarga, dan intervensi siklus hidup. Ketahanan keluarga meliputi dimensi fisik, sosial, ekonomi, dan psikologis, yang dipengaruhi oleh dukungan layanan publik, akses pendidikan, dan integrasi sosial (Walsh, 2016). Kualitas layanan keluarga ditentukan oleh efektivitas penyuluh KB, konselor keluarga, dan pendamping keluarga dalam memberikan edukasi, konseling, dan pendampingan. Intervensi siklus hidup mencakup layanan pada tahap pranikah, kehamilan, pengasuhan anak, remaja, dewasa produktif, dan lansia.

Kerangka konseptual pembangunan keluarga berinteraksi erat dengan kerangka kependudukan. Misalnya, tingkat fertilitas berhubungan langsung dengan akses layanan KB, pendidikan remaja, dan kualitas konseling keluarga (Cleland et al., 2019). Struktur umur penduduk menentukan kebutuhan layanan keluarga lansia, sementara tingginya angka perkawinan anak berhubungan dengan risiko kesehatan reproduksi dan ketidakstabilan keluarga. Karena itu, kebijakan pembangunan keluarga tidak dapat dipisahkan dari konteks demografi.

Kerangka KB (Keluarga Berencana) adalah bagian integral dari kerangka kependudukan dan pembangunan keluarga. Layanan KB modern berfungsi untuk mencegah kehamilan tidak direncanakan, mengatur kelahiran, menjaga kesehatan ibu dan bayi, menurunkan risiko kematian maternal, meningkatkan ketahanan keluarga melalui perencanaan yang lebih baik (Cleland et al., 2019).

Dalam kerangka konseptual Bangga Kencana, layanan KB memiliki tiga fungsi utama: layanan klinis, konseling, dan edukasi keluarga. Setiap fungsi memerlukan dukungan struktural dari UPT provinsi untuk memastikan standar teknis diberlakukan secara konsisten.

Kerangka konseptual pembangunan keluarga dan kependudukan juga mengintegrasikan peran data keluarga. Data keluarga memetakan risiko sosial, kondisi ekonomi, pola asuh, status kesehatan reproduksi, dan

kebutuhan intervensi. Data ini menjadi basis untuk pengambilan keputusan berbasis bukti (Creswell & Creswell, 2018). Namun kualitas data keluarga masih bervariasi antarprovinsi, sehingga UPT provinsi berperan sebagai pusat analitik data keluarga yang dapat memberikan pembinaan teknis kepada daerah.

Kerangka konseptual pembangunan keluarga dalam naskah ini merancang hubungan antara variabel kebijakan, struktur kelembagaan, proses implementasi, dan hasil pembangunan. UPT berfungsi sebagai variabel antara (*intermediate variable*) yang memperkuat implementasi kebijakan melalui:

- a. koordinasi lintas sektor;
- b. peningkatan kapasitas SDM teknis;
- c. penguatan data;
- d. standardisasi layanan KB dan keluarga; dan
- e. dukungan teknis kepada daerah.

Dengan demikian, kerangka konseptual menunjukkan bahwa pembentukan UPT bukan hanya perubahan struktur organisasi, tetapi perubahan sistemik yang dapat meningkatkan efektivitas implementasi program keluarga dan kependudukan.

2.6 Kerangka Sistem dalam Pembentukan UPT

Kerangka sistem (*systems approach*) merupakan landasan penting dalam merancang, menganalisis, dan mengevaluasi kebijakan publik, terutama kebijakan yang bersifat kompleks dan multidimensional seperti pembangunan keluarga dan pengendalian penduduk. Pendekatan sistem menekankan bahwa kebijakan merupakan bagian dari suatu sistem yang terdiri dari *input*, *process*, *output*, *outcome*, dan *feedback* (Easton, 1965). Dalam konteks pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi, konsep sistem sangat relevan untuk menjelaskan bagaimana struktur teknis provinsi dapat menjadi komponen kunci dalam memperkuat kinerja program keluarga dan KB.

Upaya pembangunan keluarga melibatkan banyak aktor, sektor, dan tingkatan pemerintahan, sehingga memerlukan sistem koordinasi dan pelayanan yang terintegrasi. Dalam ketiadaan struktur teknis seperti UPT provinsi, sistem pelayanan keluarga menjadi terfragmentasi, mengandalkan kapasitas daerah yang bervariasi, dan kurang mampu mengelola dinamika demografi yang cepat berubah. Pendekatan sistem membantu mengidentifikasi titik-titik lemah dalam sistem implementasi dan memungkinkan perumusan kebijakan yang lebih adaptif dan responsif.

Input dalam sistem pembangunan keluarga meliputi sumber daya manusia (penyuluh KB, konselor, pendamping keluarga), logistik (alat kontrasepsi, materi edukasi), standar layanan, data keluarga, serta dukungan kebijakan yang diberikan oleh pemerintah pusat (Kemenkes, 2022). Prosesnya mencakup langkah-langkah implementasi seperti edukasi keluarga, konseling pranikah, pelayanan KB, pendampingan keluarga berisiko, serta pengolahan data keluarga. *Output* sistem adalah layanan yang diterima keluarga, sementara *outcome* mencakup perilaku ber-KB, peningkatan ketahanan keluarga, penurunan *stunting*, dan peningkatan kualitas SDM.

Masalah dalam sistem pelayanan keluarga dan KB banyak terjadi pada fase proses, yaitu ketika input dari pemerintah pusat tidak diterjemahkan secara memadai ke dalam implementasi daerah. Hal ini disebabkan oleh disparitas kapasitas daerah, keterbatasan SDM teknis, dan lemahnya koordinasi lintas sektor (Peters, 2021). UPT provinsi akan memperkuat sistem melalui perbaikan proses implementasi dengan memberikan supervisi, pembinaan, pelatihan, dan integrasi data sehingga *input* dapat menghasilkan *output* dan *outcome* yang optimal.

Dalam kerangka sistem layanan KB, UPT memiliki posisi penting dalam memastikan bahwa rantai layanan berjalan dengan baik. Rantai layanan KB terdiri dari perencanaan kontrasepsi, penyediaan kontrasepsi, konseling, tindakan medis, serta tindak lanjut pascapelayanan (Cleland et al., 2019). Di lapangan, kualitas rantai ini berbeda antarwilayah karena tidak adanya sistem supervisi provinsi yang kuat. UPT berfungsi memastikan standar

layanan diterapkan secara seragam sehingga kualitas layanan KB menjadi lebih setara di seluruh provinsi.

Selain itu, sistem data keluarga memerlukan pengelolaan yang lebih terstruktur. Data keluarga mencakup informasi tentang struktur keluarga, kondisi kesehatan reproduksi, status gizi, pendidikan, dan risiko sosial. Sistem data keluarga yang baik memungkinkan pemerintah mengidentifikasi keluarga berisiko, menentukan prioritas intervensi, dan memonitor capaian program keluarga (Creswell & Creswell, 2018). Namun pada tingkat kabupaten/kota, kualitas data keluarga sangat bergantung pada kapasitas daerah. UPT provinsi dapat menyediakan fungsi integrasi data, validasi data, serta pelatihan analisis data sehingga sistem data keluarga lebih akurat dan dapat digunakan dalam pengambilan keputusan berbasis bukti.

Pendekatan sistem juga menyoroti pentingnya *feedback loop*. Tanpa mekanisme umpan balik yang kuat, kebijakan tidak dapat diperbaiki berdasarkan hasil implementasi. UPT provinsi dapat menjalankan fungsi monitoring dan evaluasi secara rutin serta menyampaikan rekomendasi kebijakan kepada pemerintah pusat. Dengan demikian, sistem kebijakan pembangunan keluarga menjadi lebih adaptif, responsif, dan berkelanjutan.

Dengan kerangka sistem, pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi dapat dilihat sebagai upaya memperkuat seluruh subsistem dalam kebijakan pembangunan keluarga. UPT bukan hanya menambah struktur, tetapi membangun alur sistem yang lebih efektif sehingga input menghasilkan *outcome* yang sesuai tujuan pembangunan nasional.

2.7 Kerangka Analisis Permasalahan

Kerangka analisis permasalahan digunakan untuk memetakan tantangan dan akar masalah yang menghambat keberhasilan program keluarga, kependudukan, dan KB. Pendekatan ini mencakup identifikasi masalah, analisis akar masalah, dan pemetaan hubungan antara masalah satu dengan lainnya (Weimer & Vining, 2017). Dalam konteks pembentukan

UPT provinsi, analisis masalah penting untuk menjelaskan mengapa kebijakan kelembagaan ini dibutuhkan untuk memperbaiki implementasi program.

Salah satu masalah utama adalah kesenjangan pemerataan layanan. Meskipun program keluarga dan KB telah berjalan selama puluhan tahun, variasi capaian antarprovinsi sangat besar. Provinsi tertentu memiliki prevalensi KB modern yang cukup tinggi, sementara provinsi lain masih menghadapi tingkat *unmet need* yang besar. Perbedaan ini dipengaruhi oleh kualitas layanan, keterampilan tenaga penyuluh KB, dan ketersediaan fasilitas. Tanpa struktur provinsi yang kuat, pemerintah pusat kesulitan memastikan pemerataan tersebut.

Masalah kedua adalah kapasitas SDM. Banyak kabupaten/kota memiliki keterbatasan penyuluh KB, konselor keluarga, maupun analis data. Penelitian menunjukkan bahwa kapasitas SDM sangat memengaruhi kualitas layanan publik (Lipsky, 2010). Tanpa pendampingan teknis provinsi, SDM di daerah tidak dapat memperoleh pelatihan yang memadai atau supervisi yang kuat.

Masalah ketiga adalah koordinasi lintas sektor yang belum optimal. Program keluarga menyentuh berbagai sektor: kesehatan reproduksi, pendidikan remaja, perlindungan sosial, ketenagakerjaan, dan perlindungan anak. Namun koordinasi antarinstansi masih lemah karena tidak adanya simpul koordinasi teknis pada level provinsi. UPT akan berfungsi sebagai simpul koordinatif yang menghubungkan berbagai aktor dan sektor.

Masalah keempat berkaitan dengan sistem data. Data keluarga sering kali tidak mutakhir, tidak valid, atau tidak dianalisis secara sistematis. Padahal data merupakan basis untuk intervensi berbasis bukti (Head, 2016). UPT provinsi dapat memperkuat sistem data dengan melakukan validasi, analisis, dan integrasi data sehingga lebih bermanfaat dalam perencanaan.

Masalah kelima adalah ketidakkonsistenan standar layanan KB. Standar klinis dan teknis sering kali tidak diterapkan secara seragam di daerah. Dengan UPT, penerapan standar tersebut dapat diawasi secara lebih ketat. Kerangka analisis permasalahan menunjukkan bahwa berbagai

masalah tersebut bersifat sistemik dan memerlukan solusi kelembagaan yang kuat. Pembentukan UPT merupakan respons struktural terhadap permasalahan tersebut.

2.8 Kerangka Analitis Pembentukan UPT

Kerangka analitis pembentukan UPT disusun untuk menjelaskan bahwa keputusan kelembagaan ini memiliki dasar rasional yang kuat berdasarkan analisis data, teori, dan praktik global. Terdapat empat pendekatan analitis yang digunakan: analisis kesenjangan (*gap analysis*), analisis kebutuhan (*needs assessment*), analisis dampak (*impact analysis*), dan analisis kesiapan daerah.

Gap analysis digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan antara kondisi ideal dan kondisi aktual dalam implementasi program keluarga. Analisis menunjukkan bahwa tanpa UPT provinsi, terdapat *gap* besar antara standar nasional dan kapasitas daerah dalam hal pelaksanaan layanan KB, pendampingan keluarga, serta analisis data (Pollitt & Bouckaert, 2017). UPT diperlukan untuk mengurangi *gap* tersebut.

Needs assessment menunjukkan bahwa daerah membutuhkan pelatihan teknis, supervisi, data yang valid, dan koordinasi lintas sektor. UPT dapat menyediakan fungsi-fungsi tersebut dengan lebih efektif karena berada lebih dekat dengan daerah.

Impact analysis digunakan untuk memperkirakan dampak pembentukan UPT terhadap layanan keluarga dan KB. Dampak yang diharapkan meliputi peningkatan kualitas layanan, pemerataan akses, penguatan kapasitas SDM, dan peningkatan kualitas data keluarga (World Bank, 2019). Dampak jangka panjang mencakup peningkatan kualitas SDM dan pemanfaatan bonus demografi.

Analisis kesiapan daerah dilakukan untuk menilai apakah provinsi memiliki kondisi yang memungkinkan pembentukan UPT berjalan efektif. Analisis ini menilai ketersediaan infrastruktur, kapasitas kelembagaan, dan komitmen pemerintah daerah. Sebagian besar provinsi menunjukkan

kesiapan yang cukup baik sehingga pembentukan UPT dapat dilaksanakan dengan cepat.

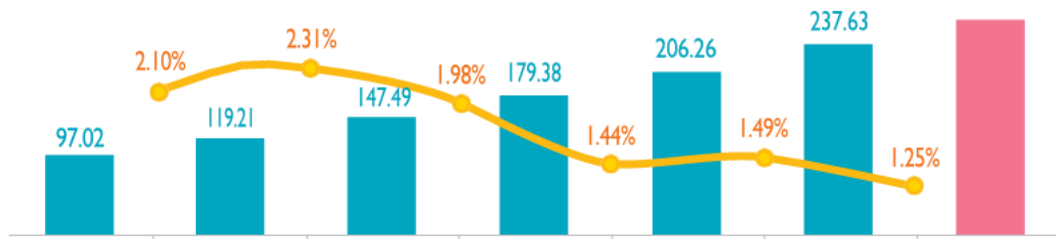
BAB III

GAMBARAN UMUM KONDISI PEMBANGUNAN KELUARGA, KEPENDUDUKAN, DAN KB

3.1 Jumlah Penduduk

Indonesia merupakan negara keempat dengan jumlah penduduk terbanyak setelah negara India dengan jumlah penduduk terbanyak di dunia per awal 2026, melampaui 1,48 miliar jiwa. Peringkat kedua ditempati oleh Tiongkok (1,41 miliar jiwa), disusul Amerika Serikat (349 juta jiwa) dan Indonesia (287,8 juta jiwa) di posisi keempat. Populasi global terus didominasi oleh India dan Tiongkok. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk tahun 2020 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2020 mencapai angka sebesar 270,20 juta jiwa. Angka tersebut bertambah sebanyak 32,56 juta jiwa bila dibandingkan dengan hasil Sensus Penduduk tahun 2010 lalu. Hal tersebut menandakan adanya penambahan jumlah penduduk rata-rata sebanyak 3,26 juta jiwa setiap tahunnya (BPS, 2021).

Laju pertumbuhan per tahunnya mengalami penurunan dari 1,49% pada tahun 2000-2010 menjadi 1,25% pada tahun 2010-2020 (BPS, 2021). Indonesia merupakan negara yang padat penduduk, dengan luas daratan 1,9 juta km² di dalamnya dihuni 141 jiwa per km² (BPS, 2021). Walau demikian, penduduk Indonesia masih sangat terkonsentrasi pada Pulau Jawa (56,10%) dibandingkan pulau-pulau lainnya (BPS, 2021). Jumlah penduduk cenderung meningkat sejak tahun 1971 sampai tahun 2020.



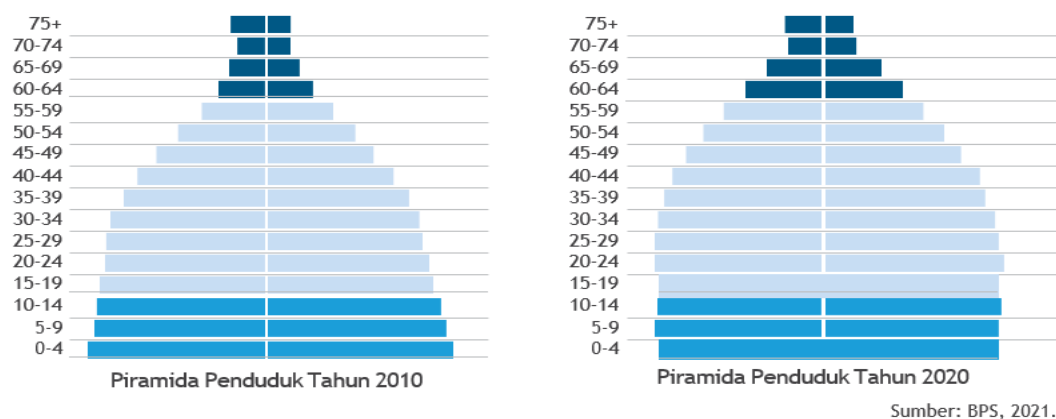
Gambar 3. 1 Jumlah Penduduk Hasil Sensus (Juta Jiwa)

Sumber: Hasil sensus penduduk 2020

3.2 Komposisi Penduduk

Berdasarkan hasil Sensus Penduduk, piramida penduduk Indonesia mengalami pergeseran dari ekspansif menjadi stasioner selama dua dekade terakhir. Secara keseluruhan, struktur penduduk Indonesia telah mengalami perubahan yang signifikan. Komposisi penduduk kelompok usia produktif (15-64 tahun) meningkat cukup pesat. Sensus Penduduk 2020 mencatat rasio ketergantungan sebesar 44,3 yang berarti setiap 100 penduduk usia produktif (15–64 tahun) menanggung 44 penduduk usia 0–14 dan 65+ tahun pada tahun 2020. Nilai rasio ketergantungan Indonesia pada tahun 2020 sedikit lebih rendah dibandingkan nilai tahun 2015 (46,3).

Melalui penduduk tumbuh seimbang maka akan lebih banyak sumber daya yang dapat dialokasikan untuk meningkatkan akses dan kualitas pendidikan, kesehatan maupun upaya peningkatan kualitas penduduk antara lain dengan pembangunan sekolah, pelatihan guru, peningkatan akses layanan kesehatan, termasuk perawatan prenatal, imunisasi, dan perawatan kesehatan primer lainnya. Dengan adanya pertumbuhan penduduk yang seimbang, negara dapat lebih mudah mengelola urbanisasi dan pembangunan perkotaan yang berkelanjutan. Infrastruktur seperti perumahan, transportasi, dan fasilitas umum lainnya dapat ditingkatkan untuk meningkatkan kualitas hidup penduduk.



Gambar 3. 2 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2010 dan 2020

Sumber: BPS, 2021

3.3 Sex Ratio

Komposisi penduduk Indonesia berdasarkan jenis kelamin pada dasarnya menunjukkan keseimbangan yang relatif stabil antara kelompok laki-laki dan perempuan. Mengacu pada hasil Sensus Penduduk tahun 2020, jumlah penduduk laki-laki tercatat mencapai 136,66 juta jiwa atau sekitar 50,58% dari total populasi nasional. Sementara itu, jumlah penduduk perempuan berjumlah 133,54 juta jiwa atau 49,42%. Proporsi tersebut menggambarkan bahwa perbedaan antara kedua kelompok tidak terlalu signifikan. Berdasarkan data tersebut, rasio jenis kelamin (*sex ratio*) Indonesia berada pada kisaran 102, yang menunjukkan bahwa pada tahun 2020 terdapat sekitar 102 laki-laki untuk setiap 100 perempuan. Temuan ini menggambarkan struktur kependudukan yang relatif seimbang dan tidak menunjukkan ketimpangan berarti antara jumlah laki-laki dan perempuan di tingkat nasional (BPS, 2021).

3.4 Kelahiran/Fertilitas

Selama beberapa dekade terakhir, tingkat fertilitas di Indonesia menunjukkan kecenderungan menurun secara substansial, sebuah perubahan yang tidak dapat dilepaskan dari pelaksanaan program Keluarga

Berencana (KB) secara nasional. Intervensi kebijakan kependudukan melalui program KB yang mulai digalakkan secara intensif sejak awal 1970-an telah menjadi salah satu faktor kunci dalam mengubah pola reproduksi masyarakat. Program ini bertujuan mengendalikan pertumbuhan penduduk melalui penyediaan akses terhadap kontrasepsi, penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi, serta kampanye mengenai pentingnya keluarga kecil, sehat, dan sejahtera. Upaya tersebut berhasil mendorong terjadinya transisi fertilitas yang cukup cepat dibandingkan negara berkembang lain pada periode yang sama.

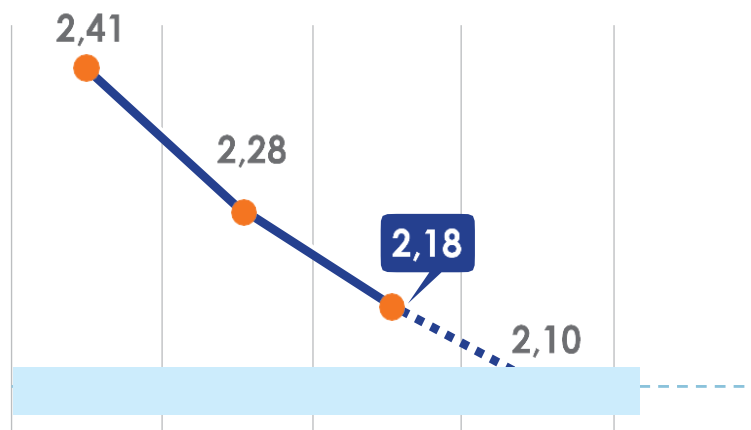
Pada awal pelaksanaan program, khususnya pada tahun 1971, tingkat fertilitas di Indonesia masih sangat tinggi. *Total Fertility Rate* (TFR) atau angka kelahiran total yang menggambarkan rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang perempuan selama masa reproduksinya—mencapai 5,61 anak per perempuan. Kondisi tersebut mencerminkan karakteristik negara yang berada pada tahap awal transisi demografis, di mana tingkat kelahiran masih tinggi dan proses penurunan fertilitas belum terjadi secara signifikan. Tingginya angka fertilitas saat itu dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti rendahnya tingkat pendidikan perempuan, terbatasnya akses kesehatan reproduksi, kuatnya norma sosial dan budaya yang mendorong keluarga besar, serta kurang tersedianya sarana dan informasi kontrasepsi.

Namun, setelah pemerintah memperkuat kelembagaan kependudukan, membentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan memperluas jaringan pelayanan KB hingga tingkat desa, perubahan struktural mulai terlihat. Strategi ini mendorong peningkatan partisipasi keluarga dalam penggunaan alat dan metode kontrasepsi. Selain itu, modernisasi sosial-ekonomi yang terjadi seiring dengan pembangunan nasional turut berperan dalam menurunkan tingkat fertilitas. Peningkatan partisipasi perempuan dalam pendidikan dan pasar kerja, urbanisasi, serta perubahan aspirasi keluarga mengenai kualitas hidup turut mempercepat penurunan angka kelahiran.

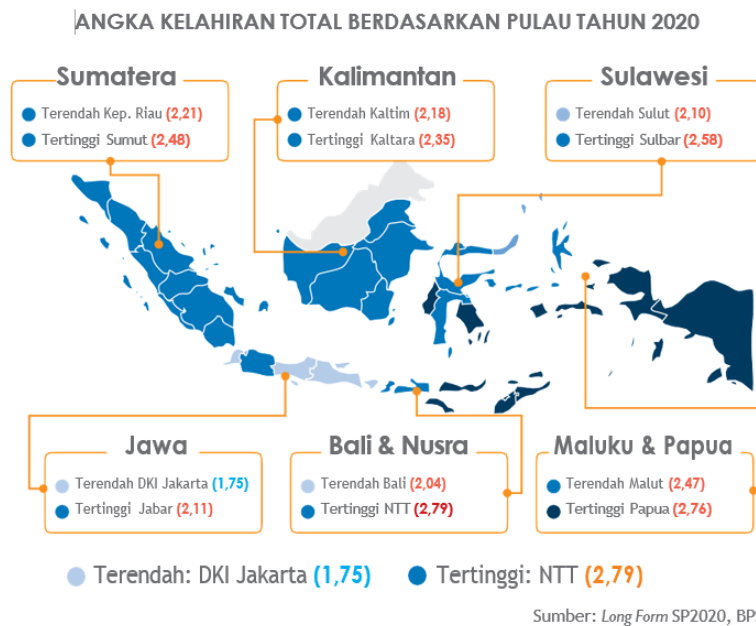
Penurunan fertilitas tidak hanya menggambarkan keberhasilan program KB tetapi juga mencerminkan perubahan perilaku reproduksi

masyarakat Indonesia secara lebih luas. Pemahaman baru mengenai pentingnya pengaturan kelahiran, perencanaan keluarga, serta peningkatan kualitas hidup anak menjadi lebih dominan dalam pengambilan keputusan reproduktif. Selain itu, intensifikasi penyuluhan KB dan integrasi layanan kesehatan ibu dan anak meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya aspek kesehatan reproduksi, sehingga semakin banyak pasangan usia subur yang memilih menunda kelahiran, memperpanjang jarak kelahiran, atau membatasi jumlah anak.

Secara makro, penurunan fertilitas memberi dampak besar terhadap struktur demografi Indonesia, termasuk penurunan laju pertumbuhan penduduk dan munculnya peluang bonus demografi ketika proporsi penduduk usia produktif meningkat. Dengan demikian, penurunan fertilitas yang dimulai sejak tahun 1970-an merupakan salah satu fondasi penting bagi transformasi kependudukan Indonesia menuju masyarakat yang lebih modern dan berdaya saing. Program KB tidak hanya memengaruhi angka kelahiran, tetapi juga membawa perubahan dalam norma sosial mengenai ukuran keluarga, kesehatan reproduksi, dan pembangunan manusia secara keseluruhan.



Gambar 3. 3 Angka Kelahiran Total (TFR)



Gambar 3. 4 Angka Kelahiran Total Berdasarkan Pulau Tahun 2020

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2020

Perbedaan angka kelahiran total antardaerah dipengaruhi oleh beragam faktor struktural maupun kontekstual. Variasi geografis yang berdampak pada aksesibilitas layanan kesehatan dan program Keluarga Berencana, tingkat pendidikan penduduk, tingkat kesejahteraan masyarakat, serta perbedaan orientasi maupun intensitas kebijakan kependudukan di setiap kabupaten dan kota merupakan determinan penting yang menjelaskan terjadinya disparitas tersebut. Dengan kata lain, kendati Program KB telah memberikan kontribusi signifikan terhadap penurunan angka kelahiran total secara nasional, dinamika lokal tetap menghasilkan variasi hasil yang cukup lebar. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan pengendalian kuantitas penduduk tidak hanya bergantung pada intervensi nasional, tetapi juga pada keselarasan implementasi kebijakan di tingkat daerah. Walaupun capaian Program KB secara umum sangat positif, sejumlah tantangan mendasar masih perlu mendapatkan perhatian serius.

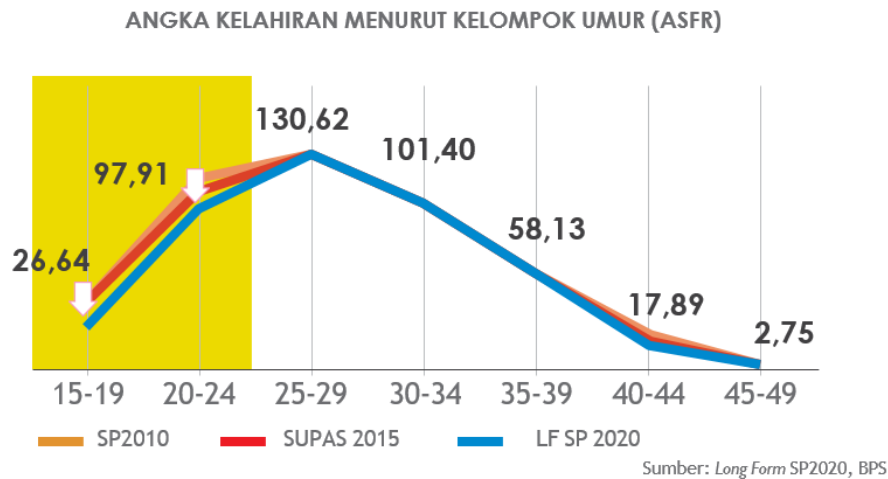
Salah satu isu utama adalah terkait pendewasaan usia perkawinan. Data menunjukkan bahwa sebagian besar perempuan Indonesia memasuki

usia perkawinan pertama pada rentang umur 19–24 tahun. Pada tahun 2020, sebanyak 48,59% perempuan menjalani pernikahan pertamanya pada kelompok usia tersebut. Sementara itu, 26,55% perempuan menikah pertama kali pada usia 16–18 tahun, dan sekitar 16,67% baru melangsungkan pernikahan pertama ketika telah berusia di atas 25 tahun. Apabila mengacu pada Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 yang merupakan perubahan atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, batas usia minimum untuk menikah ditetapkan pada 19 tahun bagi laki-laki maupun perempuan. Ketentuan ini dimaksudkan untuk melindungi hak-hak anak, memastikan kesiapan fisik, psikologis, serta sosial calon pasangan, serta mendukung pembangunan sumber daya manusia yang lebih berkualitas.

Namun demikian, praktik perkawinan anak di Indonesia masih cukup mengkhawatirkan. Perkawinan anak didefinisikan sebagai pernikahan formal ataupun informal yang melibatkan salah satu atau kedua pihak yang belum berusia 18 tahun (BPS & UNICEF). Menurut data BPS tahun 2021, angka perkawinan anak pada tahun 2020 tercatat sebesar 10,35% dan meskipun mengalami penurunan pada tahun 2021 menjadi 9,23%, angka tersebut masih menunjukkan besarnya tantangan yang harus dihadapi. Bahkan, 22 dari 34 provinsi memiliki angka perkawinan anak yang lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional. Hal ini mengindikasikan bahwa persoalan perkawinan anak tidak hanya bersifat nasional, melainkan juga terdistribusi secara tidak merata dengan konsentrasi masalah yang lebih tinggi di sejumlah wilayah tertentu.

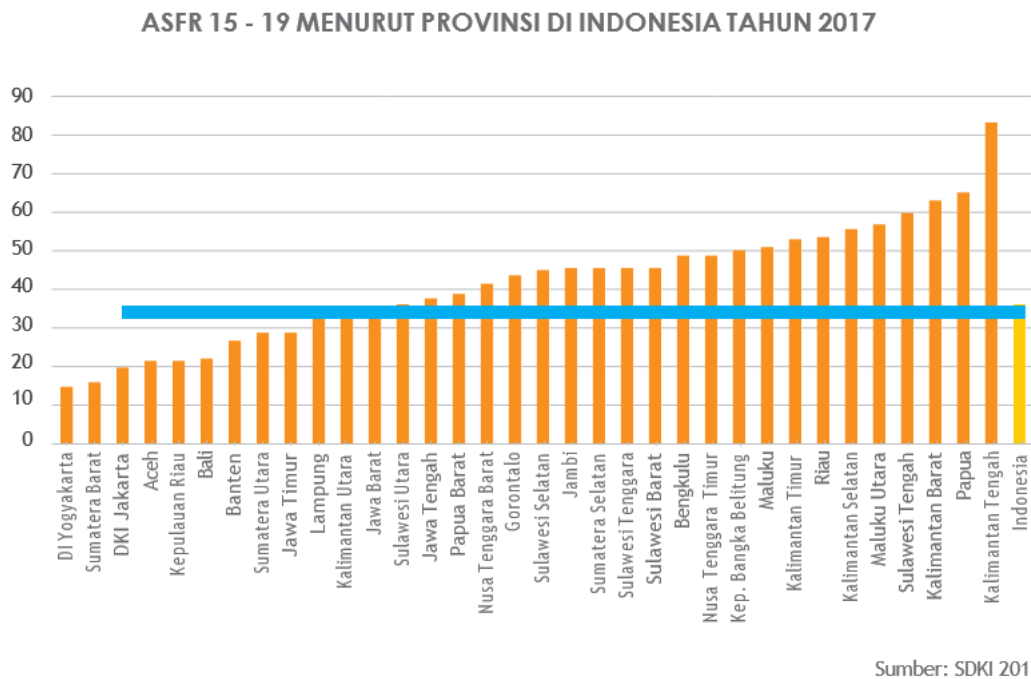
Perkawinan anak tidak hanya berdampak pada aspek ekonomi, tetapi juga memiliki konsekuensi multidimensional, meliputi kesehatan reproduksi, pendidikan, perlindungan anak, dan kualitas generasi muda secara keseluruhan. Anak yang menikah di usia terlalu muda lebih rentan mengalami komplikasi kesehatan, kesulitan dalam melanjutkan pendidikan, serta keterbatasan akses terhadap pekerjaan yang produktif. Dalam jangka panjang, kondisi ini dapat menurunkan kualitas sumber daya manusia dan menghambat upaya meningkatkan daya saing bangsa. Dengan demikian,

upaya pengendalian angka perkawinan anak merupakan komponen penting dalam strategi nasional pembangunan manusia dan penurunan fertilitas, serta menjadi indikator fundamental bagi keberhasilan kebijakan kependudukan secara menyeluruh.



Gambar 3. 5 Angka Kelahiran Menurut Kelompok Umur (ASFR)

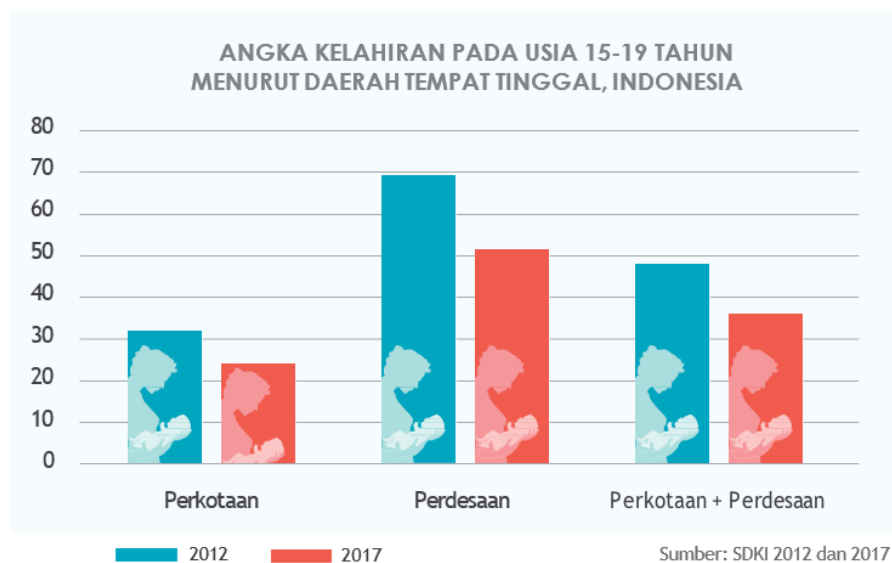
Sumber: Badan Pusat Statistik, 2020



Gambar 3. 6 ASFR menurut provinsi di Indonesia Tahun 2017

Sumber: SDKI 2017

Selain dampak ekonomi, perkawinan anak juga memiliki dampak multidimensional dan memengaruhi kualitas penduduk usia muda dan daya saing sumber daya manusia di masa depan. Grafik di atas menunjukkan kondisi *Age Specific Fertility Rate* (ASFR 15- 19 tahun) menurut provinsi. Provinsi yang memiliki ASFR (15-19) di atas rata-rata nasional ada sebanyak 21 wilayah yaitu Provinsi Sulawesi Utara, Jawa Tengah, Papua Barat, Nusa Tenggara Barat, Gorontalo, Sulawesi Selatan, Jambi, Sumatera Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Bengkulu, Nusa Tenggara Timur, Kepulauan Bangka Belitung Maluku, Kalimantan Timur, Riau, Kalimantan Selatan, Maluku Utara, Sulawesi Tengah, Kalimantan Barat, Papua, dan Kalimantan Tengah. ASFR 15-19 tahun cenderung menurun dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2017. ASFR 15-19 tahun lebih tinggi di perdesaan dibandingkan dengan di wilayah perkotaan. Perkawinan anak merupakan salah satu penyebab terjadinya *stunting*. Selain itu, sebetulnya mereka belum siap untuk menikah, hamil dan melahirkan serta mengasuh anak secara fisik dan mental.



Gambar 3. 7 Angka Kelahiran Pada Usia 15-19 Tahun Menurut Daerah Tempat Tinggal Indonesia
Sumber: SDKI, 2012 2017

Dalam rangka mengurangi praktik perkawinan anak, pemerintah telah menetapkan berbagai kebijakan strategis. Salah satu instrumen penting adalah penerbitan Strategi Nasional Pencegahan Perkawinan Anak (Stranas PPA) pada tahun 2022, yang dirancang untuk memperkuat koordinasi lintas sektor dalam menangani faktor-faktor yang mendorong terjadinya perkawinan pada usia dini. Selain itu, Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* juga memuat elemen pencegahan perkawinan anak melalui program pendampingan keluarga, termasuk pendampingan bagi remaja. Kebijakan ini memainkan peran penting dalam membangun keluarga yang sehat, berdaya, dan berkualitas sebagai prasyarat dalam mewujudkan visi pembangunan nasional menuju Indonesia Emas 2045.

Upaya pemerintah tersebut semakin diperkuat melalui penetapan (Stranas PPA) pada tahun 2022. Kebijakan ini merupakan langkah konkret untuk menurunkan prevalensi perkawinan usia dini yang menimbulkan berbagai konsekuensi negatif, baik bagi individu maupun bagi pembangunan nasional secara keseluruhan. Tingginya angka perkawinan anak menjadi tantangan serius bagi Indonesia, terutama ketika negara sedang berupaya

meningkatkan kualitas sumber daya manusia secara komprehensif. Salah satu indikator keberhasilan pembangunan manusia tersebut tercermin dalam target RPJMN 2020–2024, yang menetapkan penurunan angka perkawinan anak hingga mencapai 8,74%. Dengan demikian, kebijakan-kebijakan tersebut tidak hanya bersifat responsif, tetapi juga strategis dalam mendukung agenda pembangunan jangka panjang dan meningkatkan kapasitas generasi muda sebagai fondasi pertumbuhan masa depan.

Upaya pemerintah Indonesia dalam menangani persoalan perkawinan anak telah mengalami perkembangan signifikan melalui berbagai instrumen kebijakan yang disusun secara sistematis, komprehensif, dan berbasis bukti. Tingginya angka perkawinan anak selama beberapa dekade terakhir menjadi perhatian serius karena praktik ini tidak hanya mencerminkan kerentanan sosial, ekonomi, dan kultural yang masih kuat di berbagai daerah, tetapi juga memiliki implikasi jangka panjang terhadap kualitas sumber daya manusia dan pembangunan nasional. Sebagai langkah strategis, pemerintah menerbitkan Stranas PPA pada tahun 2022. Strategi ini disusun untuk memberikan arah kebijakan yang konsisten, koordinatif, dan terpadu lintas kementerian/lembaga, dengan fokus pada pencegahan melalui edukasi, layanan perlindungan anak, peningkatan kapasitas keluarga, serta pemberdayaan komunitas. Stranas PPA menekankan bahwa isu perkawinan anak tidak bisa dipandang semata-mata sebagai persoalan moral atau adat, tetapi harus dilihat sebagai masalah struktural yang menuntut intervensi multidimensional.

Penyusunan Stranas PPA ini juga mempertimbangkan bukti empiris bahwa perkawinan anak berhubungan erat dengan berbagai indikator pembangunan manusia seperti tingkat pendidikan, kesehatan reproduksi, kemiskinan, dan ketimpangan gender. Remaja yang menikah pada usia dini cenderung menghadapi risiko kesehatan yang lebih tinggi, mengalami putus sekolah, dan masuk ke siklus kerentanan ekonomi yang sulit diputus. Dalam konteks kesehatan masyarakat, anak yang menikah sebelum usia dewasa memiliki risiko besar mengalami kehamilan remaja, komplikasi persalinan, hingga meningkatnya angka kematian ibu dan bayi. Hal-hal tersebut

menunjukkan bahwa pencegahan perkawinan anak bukan hanya terkait dengan perlindungan anak, tetapi juga merupakan komponen penting dalam strategi peningkatan kualitas penduduk Indonesia.

Selain itu, pemerintah mengintegrasikan isu pencegahan perkawinan anak dalam kebijakan nasional lainnya, salah satunya melalui Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*. Perpres ini menempatkan pencegahan perkawinan anak sebagai salah satu bagian dari upaya memutus rantai *stunting* antargenerasi. Melalui pendekatan pendampingan keluarga, termasuk remaja, Perpres Tahun 2021 menekankan bahwa persiapan menuju fase keluarga harus dilakukan sejak dini, terutama melalui peningkatan literasi gizi, kesehatan reproduksi, dan kesiapan psikologis serta sosial. Remaja yang mendapatkan pendampingan yang baik akan mampu membuat keputusan yang lebih matang terkait perkawinan dan reproduksi, sehingga dapat menurunkan risiko kelahiran anak yang mengalami kekurangan gizi, tumbuh kembang yang tidak optimal, serta kerentanan terhadap berbagai masalah kesehatan.

Keterkaitan antara pencegahan perkawinan anak dan penurunan *stunting* juga memperlihatkan bahwa kebijakan keluarga tidak dapat berjalan secara parsial, melainkan harus dirancang dalam kerangka pembangunan manusia yang menyeluruh. Dengan menempatkan pencegahan perkawinan anak sebagai salah satu komponen dari kebijakan penurunan *stunting*, pemerintah secara eksplisit mengakui bahwa kualitas generasi masa depan sangat ditentukan oleh kesiapan orang tua, termasuk kesiapan usia perkawinan.

Kebijakan-kebijakan tersebut juga berkontribusi pada pencapaian visi jangka panjang Indonesia Emas 2045, yang menempatkan kualitas sumber daya manusia sebagai fondasi utama daya saing nasional. Keluarga yang berkualitas, dengan orang tua yang matang usia, pendidikan, dan kesiapan emosional, dipandang sebagai unit terkecil yang menentukan efektivitas investasi pembangunan manusia.

Stranas PPA 2022 memperkuat pesan bahwa pencegahan perkawinan anak harus menjadi agenda prioritas, mengingat praktik tersebut

memengaruhi produktivitas ekonomi, ketahanan keluarga, dan kemampuan remaja untuk berpartisipasi dalam pembangunan. Kebijakan ini juga menjadi respons terhadap dampak negatif perkawinan anak yang meluas, mulai dari keterbatasan akses pendidikan, meningkatnya risiko kekerasan dalam rumah tangga, hingga terhambatnya mobilitas sosial generasi muda.

Dalam kerangka perencanaan pembangunan nasional, RPJMN 2020–2024 secara tegas menetapkan target penurunan perkawinan anak menjadi 8,74%. Target ini menunjukkan bahwa pengendalian perkawinan anak telah menjadi indikator utama dalam pencapaian pembangunan manusia. Penurunan perkawinan anak tidak hanya dianggap sebagai keberhasilan sektor perlindungan anak, tetapi sebagai indikator kinerja nasional dalam meningkatkan kualitas hidup remaja, memperluas kesempatan perempuan, serta memperkuat struktur sosial dan ekonomi keluarga Indonesia.

Dengan demikian, kebijakan pencegahan perkawinan anak yang dirancang pemerintah merupakan langkah strategis yang tidak hanya menyasar solusi jangka pendek, tetapi juga bersifat transformasional. Kebijakan tersebut memperlihatkan komitmen kuat untuk membangun generasi muda yang sehat, berpendidikan, produktif, dan berdaya saing, yang pada akhirnya menjadi fondasi penting bagi keberhasilan pembangunan jangka panjang Indonesia.

3.5 Rasio Ketergantungan

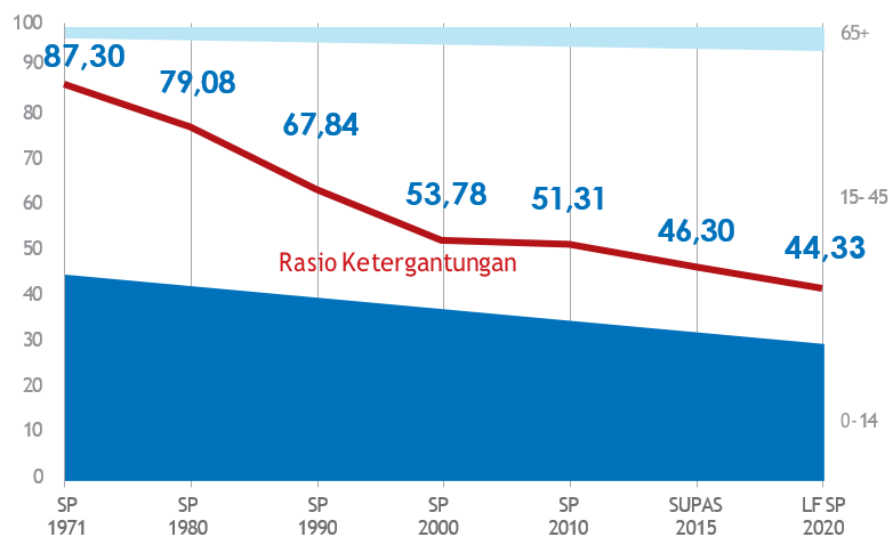
Perubahan struktur umur penduduk merupakan faktor yang sangat menentukan dinamika rasio ketergantungan di Indonesia. Rasio ketergantungan mencerminkan besarnya beban ekonomi yang harus ditanggung oleh penduduk usia produktif untuk mendukung kelompok penduduk usia nonproduktif, yaitu penduduk berusia 0–14 tahun dan 65 tahun ke atas. Data yang ditunjukkan pada Grafik 3.8 memperlihatkan adanya tren penurunan rasio ketergantungan yang cukup signifikan dalam beberapa dekade terakhir. Penurunan ini terutama dipicu oleh menurunnya proporsi penduduk usia muda (0–14 tahun), yang merupakan salah satu

faktor kunci dalam memasuki fase bonus demografi. Pada tahun 2020, rasio ketergantungan mencapai angka 44,33, yang tercatat sebagai titik terendah sepanjang sejarah pencatatan demografi nasional. Kondisi tersebut menandakan bahwa proporsi penduduk usia produktif (15–64 tahun) jauh lebih besar dibandingkan kelompok usia nonproduktif, sehingga Indonesia memiliki peluang yang sangat besar untuk memaksimalkan potensi ekonomi, memperkuat produktivitas nasional, dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Namun, penurunan rasio ketergantungan tersebut tidak berlangsung secara permanen. Proyeksi demografi menunjukkan bahwa setelah periode emas bonus demografi ini, rasio ketergantungan akan kembali meningkat secara bertahap. Diperkirakan bahwa pada tahun 2050, rasio ketergantungan akan mencapai angka 54,13 (BPS, 2023). Kenaikan ini terutama didorong oleh bertambahnya penduduk lanjut usia seiring dengan peningkatan usia harapan hidup dan pergeseran struktur demografi menuju fase *aging population*. Dengan demikian, Indonesia harus menyiapkan kebijakan yang adaptif untuk mengantisipasi meningkatnya jumlah penduduk lansia yang membutuhkan pelayanan kesehatan, dukungan sosial, dan sistem jaminan pensiun yang lebih kuat dan inklusif.

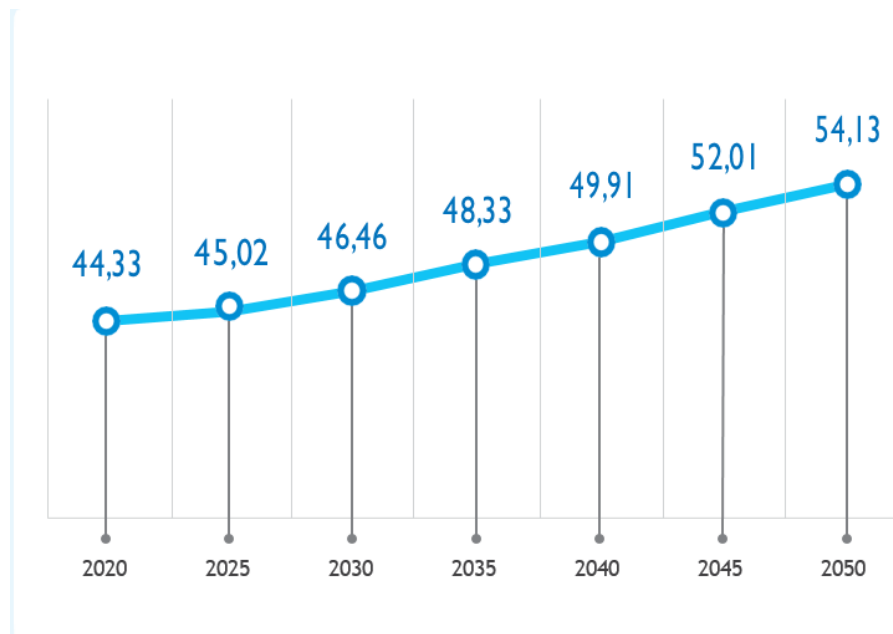
Peningkatan usia harapan hidup merupakan indikator lain yang memperkuat gambaran perubahan struktur demografi Indonesia. Jika pada tahun 2010 usia harapan hidup tercatat sebesar 69,8 tahun, maka pada tahun 2020 telah meningkat menjadi 73,4 tahun. Pemerintah menargetkan angka tersebut terus naik hingga mencapai 80 tahun pada tahun 2045. Kenaikan usia harapan hidup mencerminkan perbaikan kondisi kesehatan masyarakat, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, penurunan angka kematian, serta perbaikan gizi dan kesejahteraan umum. Namun demikian, meningkatnya usia harapan hidup juga membawa implikasi terhadap meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan jangka panjang, penyediaan fasilitas perawatan lansia, serta penguatan sistem pendanaan jaminan sosial.

Dalam konteks perencanaan pembangunan nasional, rasio ketergantungan digunakan sebagai salah satu indikator kunci dalam perumusan kebijakan ekonomi, sosial, dan kesehatan. Pemerintah memanfaatkan indikator ini untuk merancang kebijakan pembangunan ekonomi jangka panjang, menentukan arah reformasi sistem pensiun, memperkuat sistem kesehatan masyarakat, serta menciptakan mekanisme perlindungan sosial yang berkelanjutan. Dengan memahami dinamika rasio ketergantungan, pemerintah dapat memastikan bahwa beban penduduk usia produktif tetap berada pada tingkat yang dapat dikelola, sehingga keseimbangan antara produktivitas, konsumsi, dan kebutuhan pelayanan publik dapat terjaga secara optimal di seluruh populasi. Penjelasan ini divisualisasikan melalui grafik berikut, yang menggambarkan perubahan rasio ketergantungan dari waktu ke waktu.



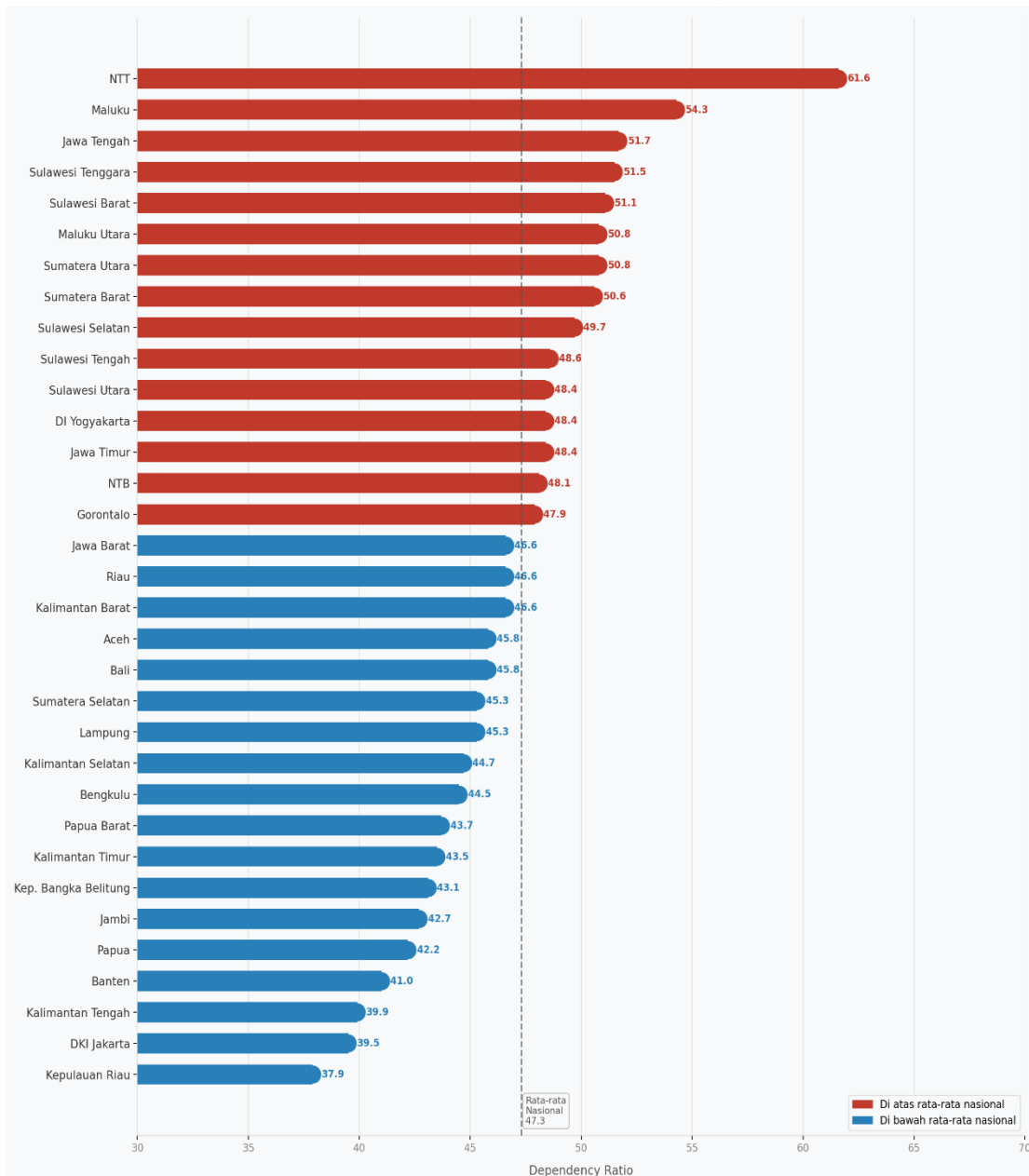
Gambar 3. 8 Struktur Penduduk dan Rasio Ketergantungan Indonesia 1971 – 2020

Sumber: Hasil Pengolahan Data dari Hasil SP, SUPAS, LF SP



Gambar 3. 9 Angka Ketergantungan Penduduk Indonesia 2020-2050

Pada tahun 2020, secara nasional *dependency ratio* yang terendah yaitu DKI Jakarta (37,9), sedangkan yang tertinggi yaitu Nusa Tenggara Timur (61,6). Selanjutnya pada Grafik di bawah ini dapat terlihat rasio ketergantungan penduduk di Indonesia berdasarkan provinsi.



Gambar 3. 10 Rasio Ketergantungan Menurut Provinsi Tahun 2020

Sumber: BPS, 2020

3.6 Bonus Demografi

Perubahan struktur umur penduduk merupakan salah satu faktor yang paling berpengaruh dalam menentukan arah pembangunan kependudukan sebuah negara. Dalam konteks Indonesia, dinamika tersebut tercermin dengan jelas melalui fluktuasi rasio ketergantungan, yaitu

indikator yang menggambarkan besarnya beban ekonomi yang harus dipikul oleh penduduk usia produktif dalam menopang kehidupan penduduk usia nonproduktif. Kelompok nonproduktif terdiri atas penduduk usia 0–14 tahun serta penduduk lanjut usia (65 tahun ke atas), sementara penduduk usia 15–64 tahun dikategorikan sebagai kelompok produktif. Rasio ini menjadi parameter penting bagi pemerintah dalam merumuskan kebijakan publik karena mencerminkan keseimbangan antara kapasitas tenaga kerja dan potensi beban sosial.

Data yang divisualisasikan pada Grafik menunjukkan terjadinya penurunan rasio ketergantungan dalam beberapa dekade terakhir. Penurunan tersebut terutama dipengaruhi menurunnya proporsi penduduk usia muda (0–14 tahun) akibat keberhasilan berbagai program pembangunan, seperti peningkatan akses pendidikan, perluasan layanan kesehatan reproduksi, penurunan fertilitas, serta keberhasilan Program Keluarga Berencana. Hingga tahun 2020, rasio ketergantungan Indonesia mencapai angka 47,3, yang merupakan angka terendah dalam sejarah statistik demografi nasional. Hal ini menandakan bahwa jumlah penduduk usia produktif berada pada proporsi yang paling tinggi dibandingkan kelompok nonproduktif. Kondisi ini sering disebut sebagai fase bonus demografi, yaitu periode ketika penduduk usia kerja mendominasi struktur penduduk sehingga memberikan peluang besar untuk percepatan pertumbuhan ekonomi.

Kondisi rasio ketergantungan yang rendah dapat menjadi momentum strategis bagi Indonesia untuk meningkatkan produktivitas nasional, meningkatkan pendapatan per kapita, memperbaiki kualitas hidup penduduk, serta mempercepat transformasi ekonomi. Negara yang mampu memanfaatkan bonus demografi secara efektif biasanya memiliki fondasi kebijakan yang kuat pada peningkatan kualitas tenaga kerja, perluasan akses pendidikan, integrasi pasar kerja, pembangunan industri berdaya saing tinggi, serta sistem perlindungan sosial yang adaptif. Tanpa hal tersebut, bonus demografi dapat berubah menjadi beban demografi ketika kelompok usia produktif tidak terserap dalam pasar kerja.

Namun demikian, tren penurunan rasio ketergantungan tersebut tidak bersifat permanen. Proyeksi penduduk menunjukkan bahwa Indonesia akan menghadapi fase yang berbeda pada beberapa dekade mendatang. Setelah mencapai titik terendah pada 2020, rasio ketergantungan diprediksi kembali meningkat secara bertahap seiring perubahan struktur umur penduduk. Berdasarkan proyeksi BPS (2023), pada tahun 2050 rasio ketergantungan diperkirakan naik menjadi 54,13. Kenaikan tersebut terutama disebabkan oleh meningkatnya proporsi penduduk lanjut usia sebagai akibat dari peningkatan usia harapan hidup dan menurunnya fertilitas dalam jangka panjang. Ketika penduduk lanjut usia meningkat secara signifikan, beban ekonomi penduduk usia produktif pun akan bertambah, terutama dalam bentuk kebutuhan layanan kesehatan, perawatan jangka panjang, dan jaminan pensiun.

Salah satu indikator utama yang mendukung proyeksi tersebut adalah meningkatnya usia harapan hidup penduduk Indonesia. Pada tahun 2010, usia harapan hidup berada pada angka 69,8 tahun, kemudian meningkat menjadi 73,4 tahun pada tahun 2020, dan ditargetkan mencapai 80 tahun pada tahun 2045. Kenaikan usia harapan hidup ini mencerminkan keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan, perbaikan gizi, peningkatan sanitasi dan air bersih, serta akses yang lebih luas terhadap pelayanan kesehatan. Meskipun peningkatan usia harapan hidup merupakan indikator positif dari kemajuan pembangunan manusia, hal ini juga menjadi tantangan karena menyebabkan meningkatnya jumlah penduduk lansia yang memerlukan sistem dukungan sosial yang kuat.

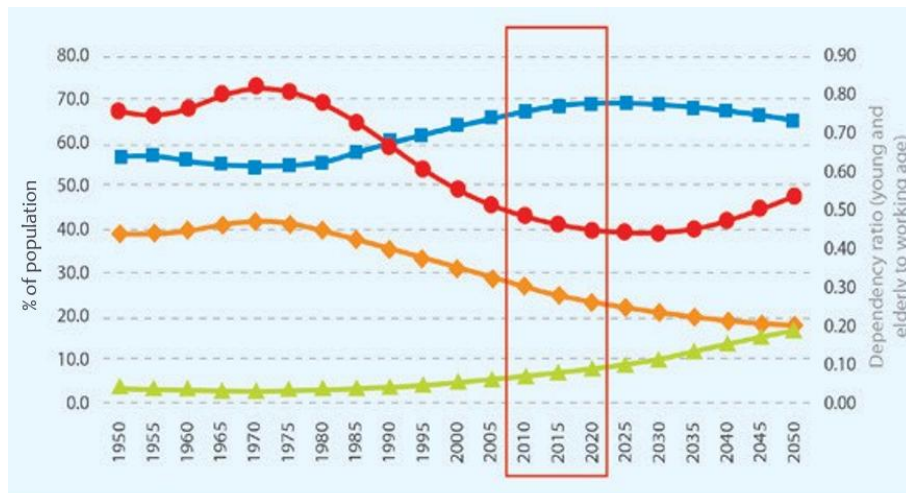
Kondisi tersebut menuntut pemerintah untuk merumuskan kebijakan yang tidak hanya berorientasi pada jangka pendek, tetapi juga mempertimbangkan keberlanjutan jangka panjang. Rasio ketergantungan digunakan secara intensif sebagai parameter dalam penyusunan kebijakan pembangunan, terutama dalam bidang ekonomi, ketenagakerjaan, kesehatan, dan sistem jaminan sosial. Dalam konteks ekonomi, rasio ketergantungan membantu pemerintah dalam memperkirakan kebutuhan pasar kerja, merencanakan struktur industri yang sesuai, serta

mempersiapkan pendanaan jangka panjang untuk program perlindungan sosial. Pada bidang kesehatan, indikator ini digunakan untuk mengantisipasi peningkatan kebutuhan layanan kesehatan bagi kelompok lansia, termasuk perawatan penyakit degeneratif yang pada umumnya lebih banyak dialami oleh kelompok usia tua.

Pemerintah juga memanfaatkan rasio ketergantungan untuk memperkirakan kapasitas sistem pensiun nasional dan memastikan bahwa mekanisme pembiayaan jaminan hari tua tetap berkelanjutan. Ketika proporsi lansia meningkat, tekanan terhadap sistem pensiun akan semakin besar, sehingga diperlukan reformasi kebijakan yang memastikan keberlanjutan fiskal dan perlindungan sosial yang memadai. Selain itu, pemerintah perlu mengembangkan kebijakan proaktif untuk memperpanjang usia kerja produktif, mempersiapkan tenaga kerja menghadapi perubahan teknologi, serta meningkatkan kualitas pendidikan dan keterampilan bagi generasi muda.

Secara keseluruhan, dinamika rasio ketergantungan memberikan gambaran penting mengenai kesiapan Indonesia dalam menghadapi perubahan struktur umur penduduk. Penurunan rasio ketergantungan pada periode bonus demografi harus dimanfaatkan semaksimal mungkin melalui kebijakan yang tepat, sebelum memasuki fase di mana beban penduduk lansia meningkat tajam. Narasi ini divisualisasikan melalui grafik pada bagian berikut, yang memperlihatkan tren rasio ketergantungan dari waktu ke waktu serta proyeksi hingga 2050.

Perubahan struktur demografi Indonesia dalam beberapa dekade terakhir menunjukkan bahwa negara ini tidak hanya sedang menikmati masa bonus demografi, tetapi juga secara bersamaan mulai memasuki fase *aging population*. Fase *aging population* atau penduduk menua adalah kondisi ketika persentase penduduk lanjut usia yang umumnya didefinisikan sebagai mereka yang berusia 60 tahun ke atas telah mencapai atau melampaui 10% dari total populasi. Kondisi ini menandakan bahwa jumlah penduduk lansia meningkat secara signifikan dan akan memberikan implikasi besar terhadap sistem sosial, ekonomi, maupun kesehatan nasional.



Gambar 3. 11 Rasio Ketergantungan di Indonesia

Sumber: *World Bank*

Hasil Sensus Penduduk 2020 menunjukkan bahwa Indonesia memiliki sekitar 26,4 juta jiwa penduduk lansia, atau setara dengan 9,93% dari total populasi. Proporsi ini terus meningkat, dan diperkirakan telah mencapai sekitar 10,3% pada tahun 2021. Pencapaian angka tersebut mencerminkan fakta bahwa Indonesia telah melampaui ambang batas struktur masyarakat menua, sehingga periode *aging population* telah dimulai secara resmi. Secara demografis, hal ini merupakan perkembangan yang tidak terhindarkan seiring dengan keberhasilan pembangunan nasional, seperti menurunnya tingkat fertilitas, semakin rendahnya angka kematian, dan meningkatnya usia harapan hidup.

Masuknya Indonesia ke fase penduduk menua membawa konsekuensi yang sangat luas. Struktur penduduk yang semakin menua akan meningkatkan beban ketergantungan, khususnya pada kelompok lansia yang memerlukan dukungan kesehatan jangka panjang, perlindungan sosial, dan fasilitas layanan publik yang lebih adaptif. Untuk itu, strategi nasional dalam mengelola transisi demografi ini harus dirancang secara terintegrasi. Pada saat yang sama, Indonesia juga harus memaksimalkan potensi bonus demografi yang sedang berlangsung. Bonus demografi memberikan peluang untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi, namun peluang ini hanya

dapat dimanfaatkan jika pemerintah menerapkan kebijakan yang tepat, sistematis, dan berbasis bukti.

Untuk memastikan bahwa bonus demografi dapat memberikan manfaat maksimal dan berkelanjutan bagi pembangunan nasional, terdapat beberapa strategi utama yang dapat diterapkan oleh pemerintah, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

3.6.1 Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM)

Peningkatan kualitas SDM merupakan fondasi dari seluruh agenda pemanfaatan bonus demografi. Modal manusia yang unggul adalah motor penggerak pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan. Tanpa kualitas manusia yang memadai, tingginya proporsi penduduk usia kerja tidak otomatis menghasilkan pertumbuhan ekonomi. Oleh karena itu, pembangunan kualitas manusia harus dimulai sejak dini melalui pendekatan *life-cycle*, yaitu intervensi berjenjang yang dirancang mengikuti siklus kehidupan seseorang—mulai dari masa janin, masa balita, anak usia sekolah, remaja, hingga dewasa dan lansia.

Fokus peningkatan kualitas manusia dapat dilakukan melalui perbaikan gizi, peningkatan kesehatan ibu dan anak, pendidikan berkualitas, literasi digital, hingga penguatan karakter dan kompetensi dasar. Reformasi pendidikan juga harus diarahkan pada peningkatan relevansi kurikulum dengan perubahan pasar kerja dan perkembangan ekonomi digital. Dalam konteks kesehatan masyarakat, peningkatan layanan primer, penguatan sistem rujukan, serta promosi perilaku hidup sehat menjadi bagian penting untuk mengurangi beban kesehatan di masa depan.

3.6.2 Menciptakan lapangan kerja yang berkualitas dan berdaya saing

Optimalisasi bonus demografi sangat ditentukan oleh kemampuan negara dalam menyediakan lapangan kerja yang memadai dan berkualitas. Penyerapan tenaga kerja tidak hanya terkait dengan jumlah pekerjaan, tetapi juga kualitas pekerjaan itu sendiri. Lapangan kerja yang produktif

memberikan peluang bagi pekerja untuk memperoleh pendapatan yang layak, meningkatkan produktivitas, serta berkontribusi terhadap perekonomian melalui mekanisme perpajakan.

Selain itu, penciptaan lapangan kerja berkualitas juga memungkinkan penduduk usia kerja membangun aset ekonomi melalui tabungan dan investasi. Proses ini pada gilirannya akan memperkuat stabilitas ekonomi nasional. Pemerintah perlu mendorong pertumbuhan sektor-sektor yang memiliki daya serap tinggi, seperti industri manufaktur modern, teknologi digital, energi terbarukan, pertanian berbasis inovasi, dan jasa profesional. Ekosistem ketenagakerjaan yang fleksibel, inklusif, dan adaptif juga menjadi kunci dalam menghadapi perubahan pola kerja di era digital.

3.6.3 Mengatasi tingginya penduduk usia muda NEET (*Not in Education, Employment, or Training*)

Persoalan NEET menjadi tantangan serius dalam pemanfaatan bonus demografi. Penduduk muda yang tidak bersekolah, tidak bekerja, dan tidak mengikuti pelatihan merupakan potensi ekonomi yang belum termanfaatkan, bahkan dapat menjadi beban sosial apabila tidak ditangani secara sistematis. Beberapa strategi penting untuk mengurangi jumlah NEET antara lain:

- a. menyediakan pendidikan dan pelatihan vokasional yang dirancang bersama dunia usaha dan industri;
- b. mengembangkan kurikulum berbasis kompetensi yang sesuai kebutuhan pasar;
- c. memperluas program magang yang terintegrasi dengan industri;
- d. menyediakan layanan konseling karir bagi remaja;
- e. membangun program mentoring untuk pemuda rentan;
- f. memberikan insentif bagi pelaku usaha yang mempekerjakan pemuda NEET;
- g. menyediakan subsidi pendidikan bagi pemuda dari keluarga miskin;
- h. memperluas akses pendanaan bagi usaha kecil pemuda melalui pinjaman mikro atau hibah; dan

- i. melibatkan komunitas lokal dalam perencanaan dan implementasi program pemberdayaan pemuda.

Pendekatan yang holistik dan kolaboratif ini menjadi krusial untuk menciptakan generasi muda yang produktif dan kompetitif.

3.6.4 Meningkatkan partisipasi kerja perempuan

Partisipasi angkatan kerja perempuan di Indonesia masih tergolong rendah, yakni sekitar 53% pada tahun 2022. Angka ini tertinggal dibandingkan negara-negara di kawasan Asia Timur dan Pasifik yang rata-rata mencapai 60%. Meningkatkan partisipasi perempuan dalam pasar kerja merupakan langkah strategis untuk memperbesar kontribusi produktif penduduk usia kerja.

Kebijakan yang diperlukan meliputi penyediaan layanan penitipan anak yang terjangkau, peningkatan perlindungan bagi pekerja perempuan, penghapusan diskriminasi gender di tempat kerja, serta perluasan kesempatan karir bagi perempuan di sektor-sektor strategis. Di samping itu, pemberdayaan perempuan dalam *care economy* menjadi sangat penting. *Care economy* mencakup seluruh pekerjaan perawatan, baik di rumah tangga maupun sektor formal, seperti perawatan anak, lansia, atau penyandang disabilitas. Dengan memberikan upah yang layak, perlindungan kerja, dan pengakuan sosial yang lebih baik kepada perempuan yang bekerja dalam sektor ini, negara dapat mendorong peningkatan kesejahteraan perempuan serta memperkuat sistem dukungan keluarga.

3.6.5 Memperkuat Literasi Keuangan, Budaya Menabung, Dan Investasi

Literasi keuangan yang baik memainkan peranan penting dalam mencapai bonus demografi kedua, yaitu era ketika penduduk lansia menjadi produktif secara ekonomi melalui tabungan, investasi, atau pengelolaan aset. Pemerintah menekankan bahwa investasi adalah mesin utama pertumbuhan ekonomi karena dapat meningkatkan kapasitas produksi, menciptakan lapangan kerja, dan memperluas basis ekonomi nasional.

Peningkatan literasi keuangan dapat dilakukan melalui pendidikan formal, program pelatihan masyarakat, kampanye publik, serta kolaborasi dengan lembaga keuangan. Membangun budaya menabung sejak dini, memperluas akses terhadap layanan keuangan formal, dan menciptakan instrumen investasi yang aman dan terjangkau menjadi komponen penting dalam mewujudkan masyarakat yang resilien secara ekonomi.

Melalui strategi-strategi tersebut, Indonesia dapat memanfaatkan momentum bonus demografi sekaligus menyiapkan diri menghadapi tantangan masyarakat menua. Kedua fenomena demografi ini saling berkaitan dan harus dikelola dengan pendekatan terintegrasi untuk memastikan keberlanjutan pembangunan jangka panjang.

3.7 Transisi Demografi

Transisi demografi merujuk pada proses perubahan struktur penduduk yang dialami suatu negara ketika beralih dari kondisi dengan tingkat kelahiran dan kematian yang tinggi menuju kondisi dengan tingkat kelahiran dan kematian yang rendah. Pergeseran ini merupakan fenomena jangka panjang yang terjadi akibat interaksi antara berbagai faktor ekonomi, sosial, kesehatan, dan teknologi. Transisi demografi tidak hanya menggambarkan perubahan kuantitatif dalam jumlah penduduk, tetapi juga mencerminkan perubahan mendasar dalam pola hidup, kondisi kesejahteraan, dan dinamika pembangunan suatu negara.

Pada dasarnya, konsep transisi demografi menjelaskan bagaimana pertumbuhan penduduk berevolusi seiring meningkatnya modernisasi masyarakat. Di negara-negara yang masih berada pada tahap awal pembangunannya, tingkat kelahiran biasanya sangat tinggi karena norma sosial yang cenderung mendukung keluarga besar, tingginya angka kematian bayi, serta terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi. Di sisi lain, tingkat kematian juga tinggi akibat rendahnya standar kesehatan, minimnya teknologi medis, dan kurangnya akses terhadap sanitasi yang memadai. Situasi tersebut menghasilkan pertumbuhan penduduk yang

relatif lambat meskipun angka kelahiran tinggi, karena angka kematian juga besar.

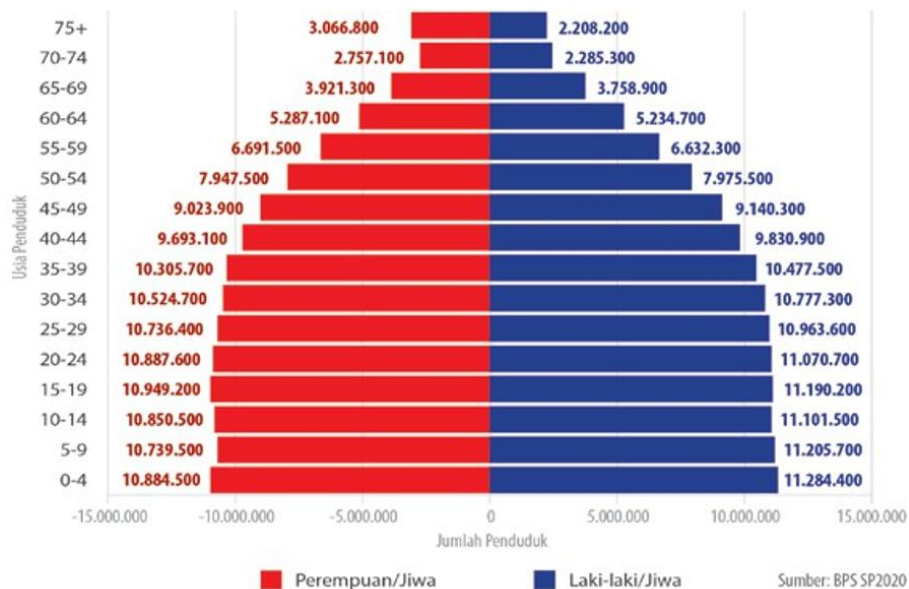
Seiring meningkatnya pembangunan ekonomi dan sosial, negara mulai memasuki tahap berikutnya dalam transisi demografi. Pada tahap kedua, tingkat kematian menurun lebih cepat daripada tingkat kelahiran sebagai dampak dari perbaikan fasilitas kesehatan, peningkatan pengetahuan masyarakat terkait kesehatan, serta kemajuan dalam bidang obat-obatan dan sanitasi. Penurunan tingkat kematian ini menyebabkan pertumbuhan penduduk melonjak secara signifikan karena jumlah bayi yang bertahan hidup bertambah sementara tingkat kelahiran masih tetap tinggi.

Memasuki tahap ketiga, masyarakat mulai mengalami penurunan tingkat kelahiran. Faktor-faktor yang memengaruhi penurunan ini antara lain meningkatnya tingkat pendidikan, terutama pendidikan perempuan, perubahan struktur ekonomi dari agraris ke industrial, meningkatnya partisipasi perempuan dalam angkatan kerja, serta pergeseran nilai dan norma keluarga yang mulai mengutamakan kualitas anak dibanding kuantitas. Akses yang lebih baik terhadap layanan keluarga berencana juga memainkan peranan penting dalam mengurangi angka kelahiran. Pada tahap ini, pertumbuhan penduduk mulai melambat kembali.

Tahap keempat ditandai dengan stabilnya tingkat kelahiran dan kematian pada titik yang rendah. Pada fase ini, pertumbuhan penduduk menjadi sangat lambat, stagnan, atau bahkan mengalami penurunan. Negara-negara maju yang telah lama memasuki tahap ini biasanya menghadapi tantangan baru berupa meningkatnya proporsi penduduk lanjut usia. Kondisi ini menurunkan rasio ketergantungan anak namun meningkatkan rasio ketergantungan lansia. Fenomena tersebut menciptakan tantangan baru bagi pemerintah, terutama terkait keberlanjutan sistem kesehatan, perawatan jangka panjang, dan jaminan sosial.

Dengan demikian, transisi demografi bukan sekadar perubahan dalam angka kelahiran dan kematian, tetapi merupakan transformasi sosial-ekonomi yang mendalam. Perubahan ini memengaruhi struktur keluarga, komposisi angkatan kerja, kebutuhan pendidikan, dan orientasi kebijakan

publik. Memahami setiap tahapan transisi demografi sangat penting bagi pembuat kebijakan karena setiap fase membawa tantangan dan peluang berbeda yang memerlukan respons strategis untuk menjaga keberlanjutan pembangunan nasional.



Gambar 3. 12 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2020

Sumber: SP2020

Transisi demografi umumnya dijelaskan melalui empat tahap utama yang menggambarkan perubahan struktural dalam dinamika kelahiran dan kematian suatu populasi. Setiap tahap berkaitan erat dengan perkembangan ekonomi, sosial, budaya, teknologi, dan kesehatan, serta memiliki implikasi yang luas terhadap pertumbuhan penduduk dan arah kebijakan pembangunan.

Tahap pertama menggambarkan kondisi masyarakat tradisional yang ditandai oleh tingkat kelahiran dan kematian yang sangat tinggi. Kedua indikator tersebut berada pada tingkat yang relatif seimbang sehingga meskipun jumlah kelahiran besar, peningkatan jumlah penduduk secara keseluruhan tetap rendah karena banyak penduduk yang meninggal pada usia muda. Tingginya tingkat kelahiran umumnya dipengaruhi oleh struktur keluarga besar, nilai sosial yang mendorong banyak anak, serta minimnya akses terhadap pengetahuan dan layanan keluarga berencana. Sementara

itu, tingginya angka kematian terutama disebabkan oleh buruknya kondisi kesehatan masyarakat, tingginya angka penyakit menular, kurangnya sanitasi, terbatasnya akses ke layanan kesehatan formal, dan rendahnya tingkat gizi. Pada tahap ini, masyarakat masih bergantung pada pertanian tradisional, peran medis modern sangat minim, dan angka harapan hidup relatif rendah.

Tahap kedua terjadi ketika masyarakat mulai mengalami perkembangan dalam bidang kesehatan, sanitasi, pertanian, dan teknologi dasar. Pada fase ini, terjadi penurunan tajam dalam angka kematian, khususnya kematian bayi dan kematian akibat penyakit menular. Adanya kemajuan dalam ilmu kesehatan, peningkatan akses ke layanan medis, vaksinasi, perbaikan kualitas air bersih, serta peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kebersihan dan gizi menjadi faktor penting yang menekan angka kematian. Namun, pada awal tahap ini, tingkat kelahiran masih bertahan pada level yang tinggi karena norma keluarga besar masih melekat kuat dan pengetahuan maupun akses terhadap metode kontrasepsi masih terbatas. Dengan demikian, penurunan angka kematian yang tidak diimbangi dengan penurunan angka kelahiran menyebabkan pertumbuhan penduduk melonjak. Lama kelamaan, seiring meningkatnya pendidikan, terutama pendidikan perempuan, serta tersebarnya informasi mengenai kesehatan reproduksi, tingkat kelahiran mulai menurun secara bertahap.

Tahap ketiga menggambarkan fase lebih lanjut dari proses modernisasi masyarakat. Pada tahap ini, tingkat kelahiran menurun semakin cepat hingga mendekati, atau bahkan berada di bawah tingkat kematian. Faktor-faktor yang memengaruhi penurunan fertilitas sangat beragam, termasuk pertumbuhan urbanisasi yang menyebabkan perubahan gaya hidup dan nilai keluarga, meningkatnya tingkat pendidikan, terutama pendidikan menengah dan tinggi, serta meningkatnya partisipasi perempuan dalam pasar kerja. Pada fase ini, masyarakat mulai mengadopsi pola keluarga kecil dan mengutamakan kualitas anak dibandingkan kuantitas. Biaya pendidikan dan kesehatan yang meningkat juga menjadi pertimbangan ekonomi rumah tangga dalam menentukan jumlah anak. Penggunaan metode kontrasepsi

semakin umum, dan layanan kesehatan reproduksi menjadi lebih mudah diakses. Akibatnya, pertumbuhan penduduk melambat secara signifikan. Masyarakat pada tahap ini mulai memasuki era modern, ditandai oleh perubahan peran gender, meningkatnya pola migrasi dari desa ke kota, serta pergeseran orientasi ekonomi dari pertanian ke industri dan jasa.

Tahap keempat menunjukkan fase di mana masyarakat telah mencapai tingkat perkembangan ekonomi dan sosial yang tinggi. Pada tahap ini, tingkat kematian bayi menurun sangat lambat karena sebelumnya telah mencapai tingkat yang sangat rendah. Sementara itu, tingkat kelahiran juga terus mengalami penurunan dan dapat berada di bawah tingkat penggantian (*replacement level fertility*). Transisi demografi berlangsung lebih cepat pada generasi modern dibandingkan masa sebelumnya karena teknologi kesehatan maju, sistem pendidikan mapan, urbanisasi masif, industrialisasi matang, serta pergeseran nilai yang signifikan dalam pola keluarga dan hubungan antar-generasi. Pada tahap ini, usia harapan hidup meningkat tajam berkat kemajuan medis, perawatan kesehatan yang lebih baik, dan peningkatan kesejahteraan secara umum.

Perekonomian pada tahap keempat telah mengalami transformasi struktural besar-besaran, dengan sektor industri dan jasa menjadi tulang punggung aktivitas ekonomi. Pola keluarga berubah menjadi keluarga inti, mobilitas penduduk semakin tinggi, dan hubungan antar-generasi mengalami pergeseran karena lansia cenderung hidup lebih lama dan memerlukan dukungan sistem perlindungan sosial yang kuat. Tantangan baru muncul, terutama terkait dengan meningkatnya proporsi penduduk lansia akibat penurunan fertilitas jangka panjang dan meningkatnya harapan hidup.

Perubahan struktur penduduk Indonesia dalam beberapa dekade terakhir secara jelas memperlihatkan proses transisi demografi tersebut. Komposisi penduduk semakin didominasi oleh kelompok usia kerja (15–64 tahun), sementara proporsi kelompok usia anak-anak (di bawah 15 tahun) mengalami penurunan. Di sisi lain, jumlah penduduk lanjut usia (65 tahun ke atas) meningkat, mencerminkan Indonesia yang mulai memasuki fase

penduduk menua (*aging population*). Perubahan ini memiliki implikasi strategis terhadap kebijakan pembangunan, terutama dalam bidang ketenagakerjaan, pendidikan, kesehatan, perlindungan sosial, dan perencanaan ekonomi jangka panjang.

Tahap Pertama (DR 60-69)	Tahap Kedua (DR 50 – 54.9)	Tahap Ketiga (DR 45- 49.9)	Tahap Keempat (DR < 44.0- 44.9)
 TFR tinggi (>2.1)	 TFR tinggi (>2.1)	 TFR rendah (=2.1)	 TFR rendah (= 2.1)
 Kemiskinan tinggi	 Kemiskinan tinggi	 Kemiskinan rendah	 Kemiskinan rendah
 IPM & IPG rendah	 IPM dan IPG rendah	 IPM dan IPG rendah	 IPM dan IPG tinggi
 UHH rendah	 UHH rendah	 UHH rendah	 UHH tinggi

Gambar 3. 13 Transisi Demografi Berdasarkan Beberapa Indikator Sosial dan Demografi Utama

Sumber: Adioetomo, dkk, 2018

Perubahan dalam komposisi kelompok umur penduduk khususnya kelompok usia anak-anak, usia produktif, dan lansia memiliki konsekuensi langsung terhadap angka rasio ketergantungan (*dependency ratio*). Rasio ketergantungan mengukur sejauh mana penduduk usia produktif harus menanggung penduduk usia nonproduktif. Perubahan ini bukan hanya fenomena demografis yang bersifat statistik, tetapi juga merupakan proses yang membawa implikasi luas bagi perumusan kebijakan pembangunan ekonomi, sistem kesehatan publik, dinamika pasar tenaga kerja, hingga keberlanjutan fiskal negara.

Data Sensus Penduduk 2020 menunjukkan bahwa piramida penduduk Indonesia memperlihatkan penyempitan yang signifikan pada bagian bawah. Penyempitan ini menjadi indikator yang jelas terkait menurunnya angka fertilitas dalam beberapa dekade terakhir. Penurunan fertilitas merupakan hasil dari kombinasi berbagai faktor, seperti meningkatnya pendidikan perempuan, semakin luasnya penggunaan kontrasepsi, pergeseran nilai

sosial menuju preferensi keluarga kecil, serta meningkatnya biaya pengasuhan dan pendidikan anak. Penyempitan bagian dasar piramida penduduk ini mencerminkan bahwa generasi muda dalam jumlah besar seperti pada masa sebelumnya tidak lagi terbentuk.

Sementara itu, bagian tengah piramida penduduk terlihat mengembang. Kondisi ini menunjukkan bahwa komposisi penduduk Indonesia kini didominasi oleh kelompok usia produktif. Fenomena ini merupakan konsekuensi dari terjadinya *baby boom* pada periode setelah Indonesia merdeka hingga awal 1970-an. Pada masa tersebut, angka kelahiran sangat tinggi, sehingga kelompok generasi hasil *baby boom* kini menjadi tulang punggung kelompok usia kerja. Melebar atau membesarnya kelompok usia produktif ini menciptakan peluang besar bagi Indonesia untuk memanfaatkan apa yang disebut sebagai bonus demografi fase ketika jumlah penduduk usia kerja jauh lebih besar dibandingkan jumlah penduduk nonproduktif.

Bersamaan dengan itu, piramida penduduk Indonesia juga memperlihatkan pelebaran pada bagian atas, yang menunjukkan bahwa jumlah penduduk lanjut usia semakin meningkat. Pelebaran bagian atas piramida penduduk ini merupakan akibat dari meningkatnya usia harapan hidup penduduk Indonesia dalam beberapa dekade terakhir. Faktor-faktor yang memengaruhi peningkatan usia harapan hidup meliputi kemajuan dalam pelayanan kesehatan, penurunan angka kematian bayi, peningkatan status gizi penduduk, perbaikan sanitasi, serta akses yang semakin luas terhadap layanan kesehatan modern. Dengan semakin banyaknya penduduk yang mencapai usia lanjut, struktur penduduk Indonesia kini memasuki fase *aging population*, yaitu situasi ketika proporsi penduduk lansia mencapai 10% atau lebih dari total populasi.

Pergeseran tiga kelompok umur ini berimplikasi besar terhadap angka ketergantungan. Sebagai catatan, pada tahun 1970 rasio ketergantungan Indonesia berada pada angka sekitar 80%. Artinya, setiap 100 penduduk usia produktif harus menopang sekitar 80 penduduk usia nonproduktif. Kondisi

tersebut mencerminkan tingginya angka kelahiran dan kematian pada masa itu, serta dominannya kelompok usia anak dalam populasi.

Namun, seiring waktu, rasio ketergantungan menurun secara signifikan. Pada tahun 2020, angka ketergantungan turun menjadi 44,33% sebagaimana tercatat dalam Sensus Penduduk 2020. Penurunan ini terutama disebabkan oleh menurunnya proporsi penduduk usia anak akibat turunnya fertilitas, sementara kelompok usia produktif meningkat dalam proporsi yang jauh lebih besar. Hal ini menunjukkan bahwa beban ekonomi yang ditanggung penduduk usia kerja menurun drastis, sehingga menciptakan peluang bagi akselerasi pembangunan ekonomi dan peningkatan produktivitas nasional.

Meskipun demikian, penurunan rasio ketergantungan yang terjadi selama empat dekade terakhir bukan tanpa tantangan. Struktur penduduk yang kini mulai menua mengindikasikan bahwa angka ketergantungan lansia akan terus meningkat dalam beberapa dekade mendatang. Peningkatan ini terjadi karena dua faktor besar: pertama, angka fertilitas yang terus berada pada tingkat rendah; kedua, meningkatnya angka harapan hidup yang menyebabkan kelompok lansia hidup lebih lama dan jumlahnya semakin besar. Secara nasional, rasio ketergantungan lansia tercatat meningkat sejalan dengan pertumbuhan populasi usia 60 tahun ke atas. Peluang bonus demografi yang dinikmati Indonesia juga memiliki batas waktu; setelah itu, negara harus bersiap menghadapi beban ekonomi dan sosial akibat meningkatnya proporsi lansia.

Dalam konteks pembangunan ekonomi nasional, perubahan demografis tersebut memiliki implikasi strategis. Pertama, meningkatnya proporsi usia produktif menciptakan peluang bagi pertumbuhan ekonomi yang lebih cepat jika dikombinasikan dengan kebijakan penciptaan lapangan kerja, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan investasi di bidang teknologi. Kedua, penyempitan kelompok usia muda membutuhkan adaptasi kebijakan pendidikan, karena jumlah siswa akan menurun namun kualitas pendidikan harus tetap ditingkatkan. Ketiga, meningkatnya jumlah lansia menuntut pengembangan sistem perlindungan sosial, jaminan kesehatan,

fasilitas perawatan jangka panjang, dan inovasi kebijakan publik yang mampu mengurangi beban ekonomi penduduk usia produktif.

Perubahan struktur umur ini menunjukkan bahwa dinamika demografi tidak dapat dipandang sebagai fenomena statis. Ia merupakan proses yang selalu bergerak, menciptakan peluang sekaligus tantangan. Oleh karena itu, pemerintah dan pemangku kepentingan perlu merancang kebijakan yang responsif dan berkelanjutan agar perubahan komposisi penduduk dapat mendukung pembangunan ekonomi jangka panjang dan kesejahteraan masyarakat Indonesia secara keseluruhan.

3.8 Mortalitas

Mortalitas, atau tingkat kematian, merupakan salah satu komponen fundamental dalam dinamika kependudukan yang secara langsung memengaruhi perubahan jumlah dan struktur penduduk. Bersama dengan fertilitas (kelahiran) dan migrasi (perpindahan penduduk), mortalitas menjadi unsur penting dalam menentukan pertumbuhan populasi, komposisi umur, serta arah pembangunan sosial dan ekonomi suatu negara. Pemahaman yang tepat mengenai pola dan level kematian dalam suatu populasi sangat diperlukan dalam perumusan kebijakan, terutama yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat, perbaikan layanan kesehatan, pengurangan risiko kematian, dan peningkatan kesejahteraan.

3.8.1 Angka Kematian Kasar (*Crude Death Rate/CDR*)

Berdasarkan hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020 (LF SP2020), angka kematian kasar di Indonesia tercatat sebesar 4,74 per 1.000 penduduk. Artinya, dalam setiap 1.000 penduduk terdapat sekitar 4 hingga 5 kasus kematian per tahun. Angka Kematian Kasar (AKK) atau *Crude Death Rate* merupakan indikator demografis yang digunakan untuk mengukur jumlah kematian di dalam suatu populasi pada periode tertentu, biasanya satu tahun. Indikator ini sangat bermanfaat dalam menggambarkan kondisi

umum mortalitas suatu wilayah, meskipun tidak mempertimbangkan struktur umur, jenis kelamin, atau karakteristik penduduk lainnya.

Dalam analisis demografi, AKK sering digunakan sebagai ukuran awal untuk memahami kondisi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. AKK yang rendah, seperti yang terjadi di Indonesia, umumnya mencerminkan perbaikan dalam sistem pelayanan kesehatan, meningkatnya akses terhadap fasilitas medis, membaiknya sanitasi, serta meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat. Namun demikian, *Crude Death Rate* juga dipengaruhi oleh struktur umur penduduk; negara dengan populasi tua dapat memiliki angka kematian kasar yang lebih tinggi meskipun tingkat kesehatannya baik.

3.8.2 Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio/MMR*)

Salah satu indikator kesehatan yang sangat penting dalam mengevaluasi kesejahteraan penduduk, khususnya perempuan, adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Menurut definisi yang digunakan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2019), AKI mengacu pada jumlah kematian perempuan selama periode kehamilan, persalinan, hingga 42 hari setelah melahirkan, yang disebabkan oleh kondisi atau komplikasi langsung terkait kehamilan, bukan akibat kecelakaan atau faktor insidental lainnya. Indikator ini dihitung per 100.000 kelahiran hidup.

Di Indonesia, AKI digunakan untuk menilai keberhasilan program kesehatan ibu dan program kesehatan masyarakat secara keseluruhan, sebagaimana diuraikan dalam Profil Kesehatan Indonesia. Upaya penurunan AKI merupakan agenda prioritas nasional karena angka tersebut mencerminkan kualitas layanan kesehatan ibu hamil, sistem rujukan, ketersediaan dan kompetensi tenaga kesehatan, serta akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan.

Untuk mempercepat penurunan AKI, pemerintah telah mengupayakan berbagai intervensi strategis. Beberapa langkah penting tersebut meliputi memastikan seluruh ibu hamil memperoleh layanan antenatal berkualitas;

memastikan proses persalinan ditangani oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan yang memadai; menyediakan layanan rujukan yang cepat dan efektif selama kehamilan maupun persalinan ketika terjadi komplikasi; memperbaiki layanan perawatan pascapersalinan bagi ibu dan bayi; serta memperkuat program keluarga berencana untuk mencegah kehamilan berisiko tinggi (Kemenkes RI, 2021).

Selama dua dekade terakhir, Indonesia telah menunjukkan perkembangan yang signifikan dalam menurunkan angka kematian ibu. Pada sensus 2000 (SP2000), AKI masih berada pada angka 360 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Namun, berdasarkan LF SP2020, angka tersebut telah berhasil diturunkan menjadi 189 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan lebih dari 47% ini menggambarkan adanya peningkatan nyata dalam sistem pelayanan kesehatan, perbaikan infrastruktur kesehatan, serta peningkatan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya layanan kehamilan dan persalinan yang aman.

Meskipun penurunan AKI cukup signifikan, Indonesia masih menghadapi tantangan besar untuk mencapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs), yaitu menurunkan AKI hingga 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Gap yang masih jauh dari target ini menunjukkan bahwa upaya yang dilakukan belum cukup merata di seluruh wilayah dan masih terdapat ketimpangan akses layanan kesehatan antardaerah.

Variasi angka kematian ibu antarprovinsi mengungkapkan ketimpangan tersebut secara lebih jelas. Berdasarkan LF SP2020, beberapa provinsi menunjukkan tingkat AKI yang sangat tinggi. Papua merupakan provinsi dengan AKI tertinggi, yaitu 565 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Provinsi Papua Barat menyusul dengan 343 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Provinsi Nusa Tenggara Timur mencatat 316 kematian per 100.000 kelahiran hidup, sementara Sulawesi Barat memiliki 274 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

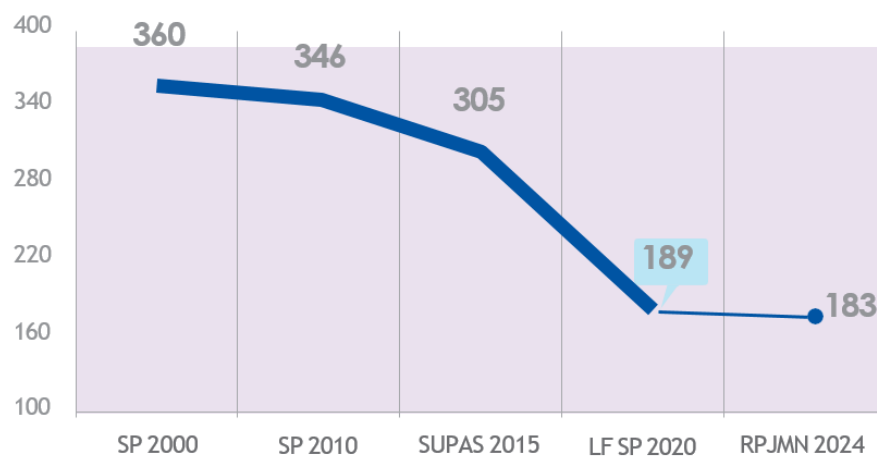
Angka-angka tersebut menggambarkan adanya perbedaan signifikan dalam kondisi kesehatan ibu, ketersediaan fasilitas kesehatan, distribusi

tenaga medis, akses geografis, serta kualitas infrastruktur di berbagai daerah. Wilayah-wilayah terpencil atau kepulauan tertinggal, khususnya di Indonesia Timur, sering menghadapi keterbatasan fasilitas kesehatan, sulitnya akses transportasi untuk rujukan darurat, serta minimnya tenaga kesehatan profesional. Selain itu, faktor budaya yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu juga berkontribusi pada tingginya AKI di beberapa daerah.

Kematian ibu sangat erat kaitannya dengan kondisi kesehatan perempuan secara umum. Faktor risiko seperti anemia, hipertensi kehamilan, perdarahan pascapersalinan, infeksi, serta komplikasi obstetri lainnya memainkan peran besar. Selain itu, faktor sosial-ekonomi seperti tingkat pendidikan, kemiskinan, dan status perempuan dalam keluarga turut memengaruhi kemampuan ibu untuk mengakses layanan kesehatan tepat waktu.

Upaya penurunan kematian ibu tidak dapat dilakukan secara parsial. Intervensi perlu memperhatikan aspek medis, sosial, ekonomi, dan budaya. Penguatan sistem kesehatan mulai dari tingkat dasar hingga pelayanan rujukan merupakan kunci untuk memastikan keselamatan ibu hamil. Ketersediaan bidan desa, fasilitas persalinan yang memadai, layanan ambulans, dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan juga harus menjadi prioritas.

Secara keseluruhan, mortalitas, baik pada tingkat umum maupun spesifik seperti kematian ibu, mencerminkan kondisi pembangunan kesehatan suatu negara. Indonesia telah mengalami kemajuan, namun tantangan ke depan menuntut upaya yang lebih intensif, terstruktur, dan merata agar seluruh ibu di Indonesia dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman. Mengurangi angka kematian ibu bukan hanya tujuan kesehatan, tetapi juga merupakan bagian penting dari pembangunan manusia dan peningkatan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh.



- Angka Kematian Ibu selama dua dekade turun hampir setengahnya, menjadi 189 kematian per 100.000 kelahiran hidup

Gambar 3. 14 Angka Kematian Ibu (AKI)

PROVINSI	MMR LF SP2020	PROVINSI	MMR LF SP2020
Papua	565	Kalimantan Utara	194
Papua Barat	343	Lampung	192
Nusa Tenggara Timur	316	Sulawesi Selatan	192
Sulawesi Barat	274	INDONESIA	189
Gorontalo	266	Jawa Barat	187
Sulawesi Tengah	264	Jawa Timur	184
Maluku Utara	261	Jawa Tengah	183
Nusa Tenggara Barat	257	Bengkulu	179
Maluku Utara	255	Sumatera Barat	178
Kalimantan Barat	246	Jambi	177
Sulawesi Utara	230	Kalimantan Timur	177
Sulawesi Tenggara	226	Sumatera Selatan	175
Kalimantan Selatan	224	Riau	158
Aceh	201	Kepulauan Riau	142
Kalimantan Tengah	200	Banten	127
Kep. Bangka Belitung	198	Bali	85
Sumatera Utara	195	DI Yogyakarta	58
		DKI Jakarta	48

Gambar 3. 15 Angka Kematian Ibu (AKI) Menurut Provinsi

Sumber: *Long Form* SP2020

Tabel tersebut menunjukkan adanya disparitas yang sangat mencolok dalam Angka Kematian Ibu (AKI) antarprovinsi di Indonesia. Data dari *Long Form* Sensus Penduduk 2020 (LF SP2020) secara jelas memperlihatkan

bahwa kesenjangan mortalitas ibu di berbagai wilayah masih merupakan persoalan serius yang perlu mendapatkan perhatian kebijakan secara lebih terarah. Dari hasil tersebut, Provinsi Papua tercatat sebagai wilayah dengan AKI tertinggi di Indonesia, yaitu mencapai 565 kematian per 100.000 kelahiran hidup, sebuah angka yang jauh melampaui rata-rata nasional dan mencerminkan kondisi kesehatan maternal yang sangat rentan. Setelah Papua, Provinsi Papua Barat menyusul dengan angka 343 kematian per 100.000 kelahiran hidup, menjadikannya salah satu provinsi dengan risiko tinggi kematian ibu.

Selain kedua provinsi tersebut, Nusa Tenggara Timur (NTT) juga menunjukkan tingkat AKI yang sangat tinggi, yakni sebesar 316 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu, Provinsi Sulawesi Barat memiliki AKI sebesar 274 per 100.000 kelahiran hidup. Keempat provinsi tersebut menunjukkan bahwa wilayah di luar Jawa dan Bali masih menghadapi tantangan serius dalam menurunkan mortalitas maternal. Angka-angka ini menggambarkan ketidakmerataan pembangunan kesehatan, terutama dalam hal akses layanan kesehatan ibu hamil, infrastruktur pelayanan obstetri dan neonatal, serta ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten.

Jika mencermati lebih jauh, penyebab utama kematian ibu di Indonesia secara nasional, sebagaimana dijelaskan dalam laporan Kementerian Kesehatan (2021), meliputi berbagai komplikasi obstetri yang sebenarnya dapat dicegah. Faktor penyebab langsung mencakup perdarahan postpartum, yang menjadi penyebab kematian ibu nomor satu di berbagai wilayah; preklamsia dan eklamsia yang berkaitan dengan tekanan darah tinggi dalam kehamilan; serta infeksi yang terjadi baik pada masa kehamilan, persalinan, maupun pascapersalinan. Selain itu, partus macet dan aborsi tidak aman juga turut berkontribusi pada tingginya angka kematian ibu.

Selain penyebab langsung tersebut, terdapat pula penyebab tidak langsung yang berasal dari penyakit bawaan atau penyakit penyerta yang dialami ibu sebelum atau selama kehamilan. Penyakit seperti Tuberkulosis (TBC), malaria, hepatitis, penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes

melitus, serta malnutrisi turut meningkatkan risiko kematian maternal. Di wilayah-wilayah terpencil dan tertinggal, prevalensi penyakit tersebut biasanya lebih tinggi karena keterbatasan akses layanan kesehatan preventif, kurangnya fasilitas diagnostik, serta minimnya edukasi kesehatan reproduksi.

Angka Kematian Ibu sebagai Indikator Keberhasilan Pembangunan Kesehatan Dalam Profil Kesehatan Indonesia, Kementerian Kesehatan menegaskan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator utama yang digunakan untuk menilai keberhasilan program kesehatan ibu dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. AKI digunakan sebagai ukuran karena mencerminkan kualitas layanan kesehatan mulai dari masa kehamilan, proses persalinan, hingga periode nifas. Semakin rendah AKI di suatu wilayah, semakin baik pula kualitas layanan kesehatan, stabilitas sistem rujukan obstetri, dan tingkat literasi kesehatan masyarakat.

Upaya menurunkan AKI tidak hanya bergantung pada pelayanan persalinan semata, melainkan mencakup serangkaian intervensi komprehensif yang melibatkan perawatan sejak awal kehamilan. Kemenkes menjelaskan bahwa strategi penurunan AKI meliputi:

1. Peningkatan akses layanan kesehatan ibu hamil, termasuk pemeriksaan kehamilan minimal empat kali selama kehamilan, deteksi dini faktor risiko, serta penatalaksanaan komplikasi secara tepat.
2. Tersedianya tenaga kesehatan terlatih, terutama bidan dan dokter kandungan yang mampu menangani persalinan normal maupun komplikatif. Pelayanan persalinan yang aman di fasilitas kesehatan, bukan di rumah tanpa tenaga kesehatan profesional.
3. Sistem rujukan yang cepat dan efektif, termasuk ketersediaan ambulans, fasilitas layanan emergensi obstetri dan neonatal, serta kapasitas ruang operasi yang memadai.
4. Perawatan pascapersalinan untuk ibu dan bayi guna mengurangi risiko komplikasi nifas. Penyelenggaraan pelayanan keluarga berencana, khususnya bagi keluarga berisiko tinggi, untuk mengurangi kehamilan yang tidak direncanakan serta jarak kelahiran yang terlalu dekat.

Selain intervensi institusional, keberhasilan penurunan AKI sangat dipengaruhi oleh faktor sosial seperti peran keluarga dan masyarakat. Terdapat sejumlah indikator yang menegaskan pentingnya dukungan lingkungan sosial terhadap keselamatan ibu. Keluarga merupakan unit terkecil yang memegang peran utama dalam memastikan ibu hamil memperoleh pengawasan yang memadai selama masa kehamilan, termasuk mengenali tanda bahaya obstetri, memastikan ibu memperoleh istirahat cukup, serta mendukung ibu untuk mengakses fasilitas kesehatan tepat waktu.

Di banyak kasus, keterlambatan dalam mengambil keputusan untuk mencari pertolongan medis (sering disebut *three delays*: terlambat mengenali tanda bahaya, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat memperoleh pelayanan) menjadi penyebab utama kematian ibu. Oleh karena itu, peran aktif keluarga dalam memberikan dukungan emosional, logistik, dan finansial sangat penting untuk menurunkan risiko tersebut.

Lebih jauh, penggunaan kontrasepsi berperan signifikan dalam menurunkan AKI. Kontrasepsi tidak hanya berfungsi untuk mengatur jarak kelahiran, tetapi juga mencegah kehamilan yang tidak direncanakan dan berisiko tinggi, seperti kehamilan pada usia terlalu muda, terlalu tua, atau terlalu sering. Bukti empiris menunjukkan bahwa kelompok masyarakat dengan tingkat penggunaan kontrasepsi yang tinggi cenderung memiliki angka kematian ibu yang rendah. Hal ini disebabkan oleh stabilnya kesehatan reproduksi perempuan ketika kehamilan direncanakan dan ditangani secara tepat.

Kesenjangan mortalitas ibu di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari perbedaan pembangunan antarwilayah. Data menunjukkan bahwa angka kematian ibu di luar Jawa-Bali cenderung lebih tinggi. Wilayah Papua, Maluku, Sulawesi sebagian, dan Nusa Tenggara menghadapi tantangan multidimensi yang meliputi kondisi geografis ekstrem, keterbatasan tenaga kesehatan, minimnya fasilitas rumah sakit, rendahnya literasi kesehatan, serta norma dan praktik budaya tertentu yang memengaruhi perilaku reproduksi.

Sebagai contoh, di Papua, tantangan geografis seperti pegunungan terjal, transportasi minim, dan isolasi wilayah menyebabkan penanganan rujukan kasus komplikasi kehamilan sering kali terlambat. Selain itu, di beberapa wilayah adat, praktik tradisional persalinan masih kuat dan tidak melibatkan tenaga kesehatan terlatih, sehingga risiko kematian meningkat.

Sebaliknya, wilayah Jawa-Bali memiliki infrastruktur kesehatan relatif lebih baik, akses terhadap bidan desa lebih merata, fasilitas rumah sakit tersedia lebih banyak, dan tingkat pendidikan masyarakat relatif lebih tinggi. Kombinasi faktor-faktor tersebut berkontribusi terhadap lebih rendahnya AKI di wilayah ini.

Tingginya AKI membawa konsekuensi serius bagi perkembangan sosial dan ekonomi. Kematian ibu tidak hanya berdampak pada kesehatan keluarga, tetapi juga memengaruhi kesejahteraan anak dan struktur sosial masyarakat. Anak yang kehilangan ibunya pada masa awal kehidupan berisiko mengalami malnutrisi, putus sekolah, hingga menurunnya tingkat kesejahteraan jangka panjang. Dari perspektif ekonomi, kematian ibu menyebabkan berkurangnya tenaga kerja perempuan, meningkatnya beban biaya kesehatan, serta melemahnya produktivitas keluarga.

Di tingkat nasional, AKI menjadi indikator penting pembangunan manusia. Negara dengan AKI tinggi dianggap memiliki kualitas pembangunan kesehatan yang belum memadai. Penurunan AKI sejalan dengan peningkatan status perempuan, kemajuan sistem pelayanan kesehatan, serta keberhasilan program pembangunan manusia.

Kematian bayi merupakan salah satu indikator paling penting dalam menilai kualitas manusia dan, pada skala yang lebih luas, kualitas penduduk suatu negara. Indikator ini memiliki keterkaitan erat dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) karena salah satu komponen utama dalam penghitungan IPM adalah Angka Harapan Hidup (AHH). Nilai AHH sendiri sangat dipengaruhi oleh Angka Kematian Bayi (AKB); semakin rendah AKB, semakin tinggi AHH yang mencerminkan kualitas kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Sebagaimana terlihat pada grafik 3.14, tingkat kematian bayi di Indonesia masih tergolong tinggi. Berdasarkan hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020 (LF SP2020), AKB tercatat sebesar 16,85 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Selain itu, angka kematian neonatal—kematian bayi pada usia kurang dari 28 hari—mencapai 9,3 kematian per 1.000 kelahiran hidup, sementara angka kematian balita tercatat 19,83 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Ketiga indikator tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat tantangan signifikan dalam upaya peningkatan kesehatan bayi dan anak di Indonesia.

Meskipun demikian, apabila dilihat dalam perspektif jangka panjang, Indonesia telah mengalami penurunan Angka Kematian Bayi (*Infant Mortality Rate/IMR*) yang cukup berarti. Dalam kurun waktu dua belas tahun terakhir, IMR menurun hampir 35%, dari 26 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 (SP2010) menjadi mendekati 17 per 1.000 kelahiran hidup pada LF SP2020. Penurunan ini mencerminkan kemajuan dalam penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak, cakupan imunisasi dasar, peningkatan gizi, serta kesadaran masyarakat terhadap pentingnya pola pengasuhan bayi yang baik.

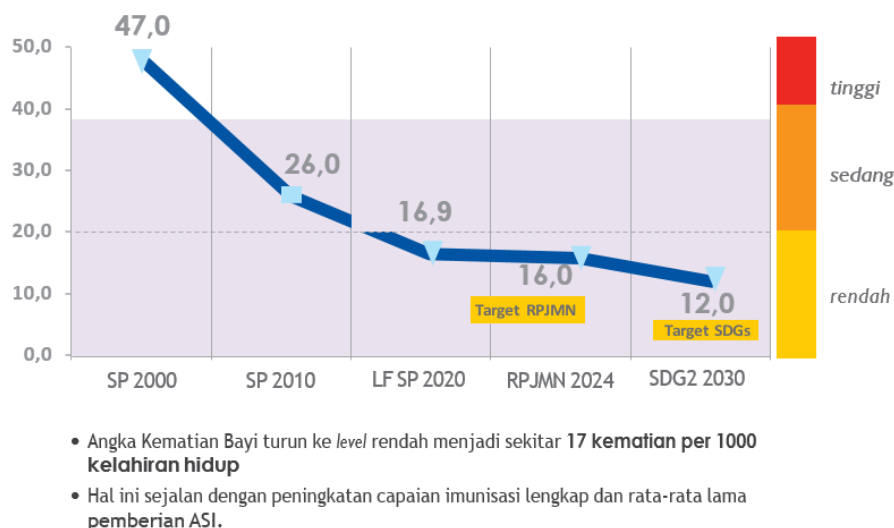
Namun, sebagaimana permasalahan demografi lainnya seperti fertilitas, tingkat kematian bayi juga menunjukkan variasi yang sangat mencolok antarprovinsi. Meskipun tren nasional bergerak ke arah perbaikan, ketimpangan antarwilayah masih signifikan. Data AKB menurut provinsi menunjukkan bahwa beberapa wilayah berhasil menekan angka kematian bayi hingga mendekati standar negara berpendapatan menengah atas, sementara wilayah lain masih mencatat angka yang sangat tinggi.

Berdasarkan hasil LF SP2020, DKI Jakarta merupakan provinsi dengan AKB terendah, yaitu 10 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini mencerminkan kualitas layanan kesehatan yang relatif baik, cakupan imunisasi yang tinggi, kemudahan akses ke fasilitas kesehatan, serta pemenuhan gizi dan pola asuh yang lebih optimal. Sebaliknya, Papua mencatat AKB tertinggi, yaitu 38 kematian per 1.000 kelahiran hidup, lebih dari tiga kali lipat angka di Jakarta. Tingginya AKB di Papua berkaitan

dengan kondisi geografis yang menantang, keterbatasan fasilitas kesehatan dasar, rendahnya cakupan imunisasi lengkap, serta ketidakmerataan akses informasi dan layanan gizi ibu dan anak.

Perbedaan angka kematian bayi antarprovinsi ini juga berhubungan dengan capaian program kesehatan lainnya, seperti tingkat imunisasi lengkap dan durasi pemberian ASI eksklusif. Wilayah dengan cakupan imunisasi yang tinggi dan praktik pemberian ASI yang lebih baik cenderung memiliki AKB yang lebih rendah. Sebaliknya, provinsi dengan kondisi geografis sulit, fasilitas kesehatan terbatas, serta kesenjangan sosial ekonomi yang besar umumnya mencatat angka kematian bayi yang lebih tinggi.

Dengan demikian, meskipun Indonesia secara nasional menunjukkan kemajuan dalam menurunkan kematian bayi, tantangan besar masih tersisa, terutama dalam mengurangi ketimpangan antarwilayah. Upaya peningkatan layanan kesehatan ibu dan anak, penyediaan tenaga medis yang memadai, penguatan sistem imunisasi, serta pemberdayaan keluarga dan komunitas menjadi langkah penting untuk memastikan seluruh bayi di Indonesia memiliki kesempatan hidup yang lebih baik.



Gambar 3. 16 Angka Kematian Bayi (AKB)

Berdasarkan hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020 (LF SP2020), terlihat bahwa ketimpangan angka kematian bayi (AKB) antarwilayah masih menjadi persoalan serius dalam pembangunan kesehatan nasional.

Sebanyak 19 provinsi tercatat memiliki AKB yang berada di atas rata-rata nasional, yaitu 16,85 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Provinsi-provinsi tersebut mencerminkan wilayah dengan tantangan kesehatan ibu dan anak yang lebih kompleks, baik karena faktor geografis, sosial-ekonomi, maupun keterbatasan infrastruktur layanan kesehatan.

Provinsi-provinsi yang AKB-nya masih lebih tinggi daripada angka nasional tersebut meliputi: Jambi, Kalimantan Selatan, Sulawesi Utara, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Selatan, Sumatera Utara, Aceh, Bengkulu, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tengah, Maluku Utara, Sulawesi Barat, Gorontalo, Maluku, Papua Barat, dan Papua. Pola ini menunjukkan bahwa sebagian besar provinsi dengan AKB yang tinggi berada di kawasan luar Jawa-Bali, khususnya Indonesia Timur dan sebagian wilayah Sumatera serta Kalimantan. Wilayah-wilayah ini umumnya memiliki tantangan geografis, seperti daerah pegunungan terpencil, pulau-pulau terluar, dan akses transportasi yang minim.

Faktor sosial-ekonomi juga turut berperan, misalnya tingkat kemiskinan yang relatif tinggi, rendahnya pendidikan ibu, dan keterbatasan pengetahuan tentang praktik kesehatan bayi baru lahir. Selain itu, akses terhadap fasilitas kesehatan dasar sering kali tidak merata, jumlah tenaga kesehatan terbatas, serta jarak menuju fasilitas pelayanan kesehatan esensial seperti puskesmas atau rumah sakit cukup jauh. Kondisi-kondisi ini menyebabkan keterlambatan penanganan bayi baru lahir dengan risiko kesehatan serius, yang pada akhirnya meningkatkan angka kematian bayi.

Jika dibandingkan dengan wilayah lainnya, kondisi di Pulau Jawa menunjukkan pola berbeda. Berdasarkan grafik 2.6, seluruh provinsi di Pulau Jawa mencatat AKB yang berada di bawah rata-rata nasional. Provinsi seperti DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Banten umumnya memiliki infrastruktur kesehatan yang lebih baik, cakupan imunisasi yang lebih tinggi, serta tingkat pendidikan dan kesadaran masyarakat mengenai kesehatan yang lebih baik. Hal ini turut berkontribusi terhadap rendahnya kematian bayi di wilayah tersebut.

Pemerataan pembangunan kesehatan yang lebih baik di Pulau Jawa juga ditandai oleh distribusi tenaga kesehatan profesional yang relatif memadai, kemampuan sistem rujukan yang lebih baik, serta kemudahan akses ibu dan anak untuk memperoleh layanan kesehatan berkualitas. Program-program kesehatan nasional, seperti peningkatan cakupan ASI eksklusif, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita, serta layanan kesehatan berbasis komunitas pun cenderung lebih efektif pelaksanaannya di wilayah Jawa.

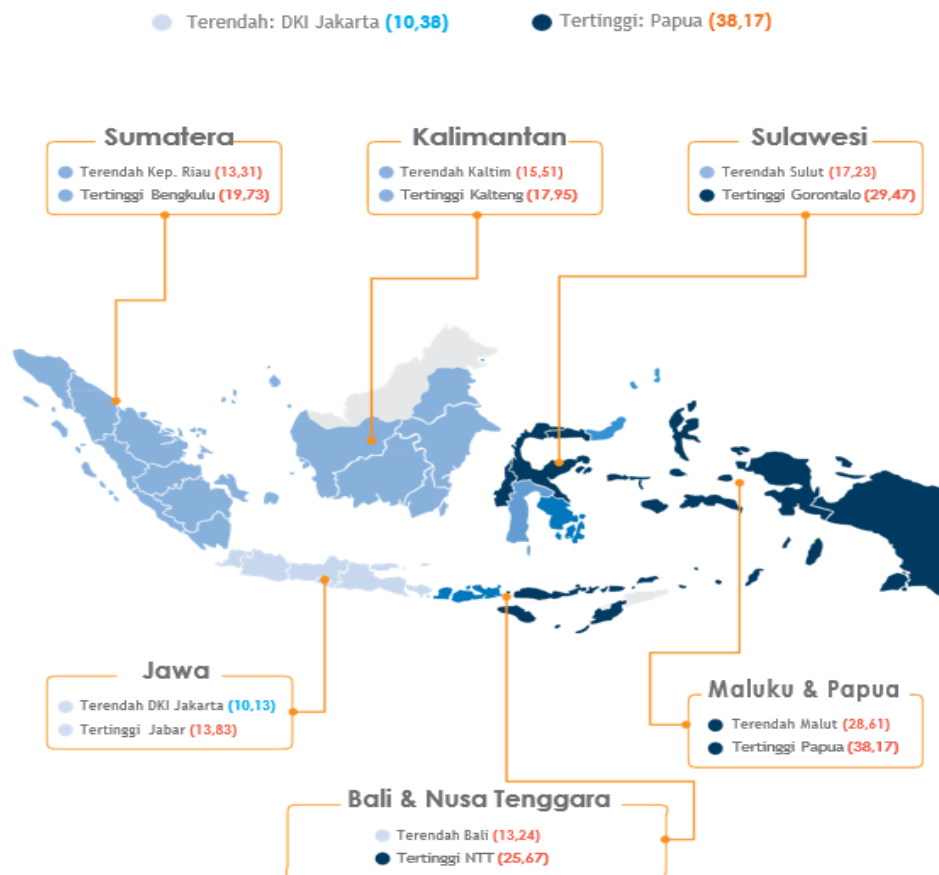
Distribusi AKB antarprovinsi pada tahun 2020 sebagaimana tercatat dalam LF SP2020 memberikan gambaran penting mengenai kondisi kesehatan bayi di Indonesia. Data ini menjadi dasar evaluasi bagi pemerintah pusat dan daerah untuk merumuskan kebijakan atau intervensi kesehatan yang lebih tepat sasaran. Provinsi dengan AKB tinggi perlu mendapat prioritas dalam intervensi, termasuk peningkatan layanan neonatal, pelatihan tenaga kesehatan, penyediaan sarana transportasi untuk rujukan gawat darurat, serta kampanye edukasi kesehatan masyarakat.

Dengan demikian, disparitas AKB di Indonesia bukan hanya mencerminkan kondisi kesehatan bayi, tetapi juga mencerminkan kesenjangan pembangunan antarwilayah. Upaya penurunan AKB harus dilakukan secara holistik dengan melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, tenaga medis, serta peran aktif keluarga dan masyarakat. Data ini menjadi landasan penting untuk memastikan bahwa setiap bayi di Indonesia, tanpa memandang lokasi geografisnya, memiliki kesempatan hidup yang optimal.

PROVINSI	LF SP2020	PROVINSI	LF SP2020
Aceh	19,41	Nusa Tenggara Timur	25,67
Sumatera Utara	18,28	Kalimantan Barat	17,47
Sumatera Barat	16,35	Kalimantan Tengah	17,95
Riau	15,69	Kalimantan Selatan	17,22
Jambi	16,99	Kalimantan Timur	15,51
Sumatera Selatan	16,78	Kalimantan Utara	16,65
Bengkulu	19,73	Sulawesi Utara	17,23
Lampung	15,69	Sulawesi Tengah	27,72
Kepulauan Bangka Belitung	16,75	Sulawesi Selatan	18,20
Kepulauan Riau	13,31	Sulawesi Tenggara	23,29
DKI Jakarta	10,38	Gorontalo	29,47
Jawa Barat	13,56	Sulawesi Barat	29,21
Jawa Tengah	12,77	Maluku	29,82
DI Yogyakarta	10,90	Maluku Utara	28,61
Jawa Timur	13,49	Papua Barat	37,06
Banten	13,83	Papua	38,17
Bali	13,26	INDONESIA	16,85
Nusa Tenggara Barat	24,64		

Sumber: Long Form SP 2020

Gambar 3. 17 Angka Kematian Bayi/AKB (*Infant Mortality Rate/IMR*)
Menurut Provinsi Tahun 2020
Sumber: Long Form SP 2020



Gambar 3. 18 Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia Tahun 2022

Sumber: *Long Form SP 2020*

3.9 Pembangunan Keluarga

Pembangunan keluarga merupakan rangkaian upaya sistematis yang bertujuan menciptakan keluarga yang berkualitas dan mampu hidup dalam lingkungan yang aman, sehat, dan mendukung kesejahteraan seluruh anggotanya. Gagasan mengenai keluarga berkualitas tercermin dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, yang mendefinisikan keluarga berkualitas sebagai keluarga yang dibangun atas dasar perkawinan yang sah, serta memiliki sejumlah karakteristik utama. Karakteristik tersebut meliputi kondisi sosial-ekonomi yang sejahtera, tingkat kesehatan yang baik, kemampuan untuk maju dan berkembang, kemandirian dalam memenuhi kebutuhan hidup, jumlah anak yang ideal sesuai kemampuan pengasuhan,

orientasi hidup yang visioner, rasa tanggung jawab sebagai bagian dari masyarakat, keharmonisan antaranggota keluarga, serta ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Konsep tersebut menegaskan bahwa pembangunan keluarga tidak hanya menitikberatkan pada aspek fisik atau ekonomi semata, melainkan juga mencakup dimensi psikologis, sosial, moral, hingga spiritual. Sebuah keluarga dianggap berkualitas ketika mampu mengelola kehidupan rumah tangga secara seimbang, menjalin hubungan antaranggota secara harmonis, serta memastikan bahwa seluruh anggota keluarga memperoleh kesempatan yang sama untuk tumbuh dan berkembang sesuai potensi masing-masing. Dengan demikian, pembangunan keluarga menjadi fondasi penting dalam pembangunan sumber daya manusia secara berkelanjutan.

Pada bab ini, pembahasan mengenai pembangunan keluarga tidak hanya terbatas pada peran keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat, tetapi juga menyoroti pentingnya jaminan sosial sebagai elemen penopang terbentuknya keluarga yang berkualitas. Jaminan sosial, terutama jaminan kesehatan dan perlindungan sosial lainnya, memiliki fungsi krusial dalam mencegah kerentanan keluarga. Tanpa dukungan jaminan sosial yang memadai, keluarga berisiko menghadapi guncangan sosial dan ekonomi, seperti sakit, kehilangan pekerjaan, kemiskinan, atau kondisi darurat lainnya yang dapat mengganggu stabilitas keluarga.

Bagi keluarga rentan terutama yang menghadapi keterbatasan ekonomi, rendahnya tingkat pendidikan, atau kondisi sosial yang tidak stabil keberadaan jaminan sosial menjadi semakin penting. Jaminan kesehatan, misalnya, memastikan bahwa anggota keluarga dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas tanpa terbebani biaya tinggi yang berpotensi menjerumuskan mereka dalam kemiskinan. Sementara itu, skema jaminan sosial lainnya seperti bantuan sosial, perlindungan anak, bantuan pangan, dan perlindungan bagi lansia serta penyandang disabilitas berperan dalam menjaga keberlangsungan hidup anggota keluarga yang membutuhkan perhatian khusus.

Dalam konteks pembangunan keluarga, jaminan sosial dipandang sebagai instrumen yang bukan hanya melindungi keluarga dari risiko, tetapi juga meningkatkan peluang mereka untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Ketika keluarga memiliki keamanan sosial yang memadai, mereka dapat lebih fokus pada pengasuhan anak, pendidikan, peningkatan kapasitas ekonomi, serta penguatan hubungan antaranggota keluarga. Dengan kata lain, jaminan sosial membantu mengurangi beban kerentanan dan memungkinkan keluarga untuk berfungsi secara optimal.

Dengan demikian, pembangunan keluarga dan jaminan sosial merupakan dua elemen yang saling melengkapi. Keluarga yang berkualitas akan tercipta apabila aspek-aspek fundamental seperti kesehatan, ekonomi, perlindungan, dan keharmonisan sosial dapat terpenuhi melalui intervensi pembangunan yang terarah dan berkelanjutan.

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia semakin kokoh sejak diberlakukannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Regulasi ini menjadi landasan utama bagi penyelenggaraan jaminan kesehatan yang bersifat universal dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Efektivitas implementasi JKN sangat ditentukan oleh beberapa aspek kunci, yaitu cakupan kepesertaan, kepatuhan pembayaran iuran, dan tingkat pemanfaatan layanan (utilisasi) oleh masyarakat.

Pada tahun 2023, jumlah peserta JKN tercatat mencapai 267.311.566 jiwa atau sekitar 95,95% dari total populasi Indonesia. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) mengelompokkan tingkat kepesertaan JKN di berbagai wilayah menjadi tiga kategori:

- a. Kelompok rendah, yaitu daerah dengan cakupan kepesertaan kurang dari 65%;
- b. Kelompok sedang, dengan cakupan antara 65 hingga 95%; dan
- c. Kelompok tinggi, dengan cakupan di atas 95%.

Secara nasional, posisi Indonesia berada pada kategori kepesertaan sedang. Jika ditinjau berdasarkan provinsi, sebagian besar wilayah di Pulau Sumatera dan Jawa juga masuk kategori sedang. Namun terdapat dua

provinsi yang sudah melampaui kategori tersebut, yakni Aceh dan Kepulauan Riau, dengan cakupan peserta JKN lebih dari 96% sehingga digolongkan dalam kategori tinggi.

Untuk wilayah Pulau Jawa, DKI Jakarta mencatat tingkat kepesertaan JKN tertinggi, bahkan mencapai 180,4%. Angka ini dapat terjadi karena banyaknya pekerja atau penduduk nonresiden yang tetap tercatat sebagai peserta JKN di wilayah tersebut. Di Kalimantan, provinsi yang berada dalam kategori sedang meliputi Kalimantan Barat (85,1%) dan Kalimantan Selatan (84,9%), sedangkan provinsi yang sudah masuk kelompok tinggi adalah Kalimantan Utara (104,1%), Kalimantan Timur (109,8%), dan Kalimantan Tengah (100,4%).

Seluruh provinsi di Sulawesi berada dalam kelompok kepesertaan sedang (65–95%). Provinsi Maluku dan Maluku Utara juga menunjukkan tingkat kepesertaan JKN yang berada pada kategori sedang. Sementara itu, seluruh provinsi di Papua termasuk ke kategori tinggi, menunjukkan perlindungan JKN yang relatif lebih luas dibandingkan wilayah lain (DJSN, 2022).

Peserta JKN sendiri terdiri dari dua kelompok besar, yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non-PBI. Selama periode Desember 2021 hingga Desember 2023, proporsi kepesertaan dari kedua kelompok relatif stabil. Dalam kurun waktu tersebut, total peserta PBI baik yang didanai oleh APBN maupun APBD secara konsisten lebih besar daripada peserta non-PBI. Data per Desember 2023 menunjukkan bahwa peserta non-PBI berjumlah 128.506.155 jiwa (48%), sedangkan peserta PBI terdiri dari 96.753.724 jiwa PBI APBN dan 42.051.687 jiwa PBI APBD atau sekitar 52% dari keseluruhan peserta JKN.

Di sisi lain, Jaminan Sosial Ketenagakerjaan memiliki lima program utama, yaitu: Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Kematian (JKm), Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Pensiun (JP).

Hingga November 2023, jumlah peserta Jaminan Sosial Ketenagakerjaan mencapai 39.836.185 pekerja atau setara dengan 30,85% dari total penduduk bekerja. Pemerintah menunjukkan komitmen kuat

dalam memperluas cakupan perlindungan jaminan sosial melalui diterbitkannya Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2021 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan serta Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Salah satu isu kesehatan penting dalam pembangunan kependudukan adalah perilaku merokok. Badan Pusat Statistik (BPS) melalui publikasi Statistik Indonesia 2022 (*Statistical Yearbook of Indonesia 2022*) menegaskan bahwa merokok merupakan aktivitas mengonsumsi tembakau dengan menghisap asap hasil pembakaran rokok atau pipa, yang dilakukan dalam kurun satu bulan terakhir sebelum pencacahan survei.

Data menunjukkan bahwa persentase penduduk Indonesia yang merokok mengalami pola fluktuatif dalam periode 2015–2022. Pada tahun 2015, proporsi penduduk yang merokok berada pada angka 30,08%. Pada 2016 dan 2017, angkanya menurun secara berturut-turut menjadi 28,97% dan 29,25%. Namun pada 2018 persentase tersebut kembali meningkat cukup signifikan menjadi 32,2%.

Setelah itu, persentase merokok cenderung menurun pada 2019 (29,03%) dan 2020 (28,69%), sebelum kembali naik pada tahun 2021 menjadi 28,96%. Pada 2022, tren kembali menunjukkan penurunan, dengan persentase penduduk yang merokok turun menjadi 28,26%.

Fluktuasi ini menunjukkan bahwa meskipun ada penurunan secara bertahap, prevalensi merokok di Indonesia masih tergolong tinggi dan memerlukan intervensi kebijakan yang lebih kuat untuk mendorong perubahan perilaku, meningkatkan edukasi kesehatan, dan memperbesar akses terhadap layanan berhenti merokok.

Jika ditinjau berdasarkan provinsi, data menunjukkan bahwa dalam rentang waktu 2015 hingga 2021 hanya Provinsi Bali yang konsisten memiliki persentase penduduk merokok pada tingkat yang relatif rendah. Kondisi ini mengindikasikan bahwa masyarakat di Bali secara umum telah memiliki kesadaran yang lebih baik mengenai pentingnya menjaga kesehatan dengan tidak merokok. Sebaliknya, 33 provinsi lainnya mengalami tren peningkatan

persentase perokok selama periode tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa di sebagian besar wilayah Indonesia, kesadaran masyarakat untuk menghindari perilaku merokok baik demi kesehatan pribadi maupun keluarga—masih tergolong rendah.

Jika dilihat menurut kelompok umur, data menunjukkan bahwa proporsi perokok cukup tinggi pada kalangan usia sekolah hingga usia dewasa muda. Pada kelompok usia 15–24 tahun, persentase perokok mencapai 18,40%, mencerminkan maraknya perilaku merokok di kalangan pelajar SMA/ sederajat dan mahasiswa. Sementara itu, kelompok usia 25–34 tahun dan 35–44 tahun memiliki persentase perokok yang lebih tinggi, yaitu berkisar antara 29,16% hingga 35,34%. Dengan demikian, sekitar sepertiga penduduk di kelompok usia produktif tersebut merupakan perokok aktif. Bahkan pada kelompok lansia, proporsi perokok masih cukup signifikan, yaitu 21,9%, yang menunjukkan bahwa kebiasaan merokok telah mengakar kuat di berbagai lapisan usia.

Merokok tidak hanya berdampak buruk pada kesehatan individu, tetapi juga memiliki dampak serius terhadap kesehatan reproduksi dan kesejahteraan keluarga. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa laki-laki yang merokok memiliki kualitas sperma yang lebih rendah, yang dapat menurunkan peluang keberhasilan pembuahan. Selain itu, paparan asap rokok dalam rumah tangga berpotensi meningkatkan risiko kesehatan bagi ibu hamil dan anak, termasuk kemungkinan melahirkan anak dengan *stunting*. Budaya merokok yang kuat dalam keluarga, terutama di rumah tangga berpendapatan rendah, sering kali menyebabkan tekanan ekonomi, karena sebagian pendapatan dialokasikan untuk membeli rokok. Banyak studi menemukan bahwa anak-anak dari keluarga miskin yang orang tuanya merokok memiliki risiko lebih tinggi mengalami putus sekolah.

Dari sudut pandang ekonomi makro, dampak merokok sangat signifikan. Berdasarkan Susenas 2021, terdapat 59,3 juta penduduk Indonesia yang merokok. Pada tahun 2022, total pengeluaran untuk rokok mencapai Rp 365,7 triliun angka yang sangat besar untuk sebuah konsumsi yang tidak memiliki manfaat kesehatan. Bahkan pada keluarga miskin, rokok

menjadi pos pengeluaran terbesar kedua setelah makanan, dan tercatat 2,5 kali lipat lebih besar dibandingkan biaya untuk langganan listrik. Kondisi ini memperlihatkan adanya beban ekonomi yang besar yang seharusnya dapat dialihkan untuk kebutuhan yang lebih produktif, seperti gizi keluarga, pendidikan, atau kesehatan.

Kelompok pengangguran juga memiliki pengeluaran rokok yang tidak kecil. Pada tahun 2021, terdapat 7,3 juta perokok yang tidak bekerja, dengan total pengeluaran rokok mencapai Rp 6,8 triliun. Hal ini menunjukkan bahwa merokok menjadi prioritas pengeluaran bahkan ketika kondisi ekonomi keluarga sedang tidak stabil. Banyak individu mengutamakan membeli rokok dibandingkan makanan, yang pada akhirnya memperburuk kondisi gizi dan kesehatan keluarga.

Dampak konsumsi tembakau terhadap kesehatan masyarakat juga sangat besar. Setiap tahun, sekitar tiga juta orang di dunia meninggal secara prematur akibat penyakit terkait rokok, terutama penyakit kardiovaskular seperti serangan jantung dan stroke, yang merupakan penyebab kematian utama secara global. Dari angka tersebut, sekitar 890.000 adalah kematian perokok pasif, yang menegaskan bahwa efek merokok juga membahayakan orang-orang di sekitar perokok.

Data dari Global Youth Tobacco Survey, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), dan laporan Sentra Informasi Keracunan Nasional (Sikernas) BPOM menunjukkan bahwa 3 dari 4 perokok mulai merokok sebelum usia 20 tahun. Prevalensi perokok anak meningkat setiap tahun:

- a. 7,20% (2013)
- b. 8,80% (2016)
- c. 9,10% (2018)
- d. 10,70% (2019)

Jika tren ini terus berlangsung tanpa intervensi yang kuat, prevalensi perokok anak diperkirakan akan mencapai 16% pada 2030. Tingginya jumlah perokok pemula berpotensi menghasilkan generasi muda yang kurang produktif dan memiliki risiko kesehatan jangka panjang. Oleh karena itu,

Kementerian Kesehatan menegaskan perlunya penguatan regulasi untuk melindungi anak dari bahaya merokok.

Sebagai respons terhadap tantangan tersebut, pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan. Namun, regulasi ini dinilai belum memadai untuk mengendalikan prevalensi perokok, terutama perokok anak, serta menurunkan angka kematian terkait rokok. Karena itu, pemerintah menilai perlu dilakukan revisi terhadap PP 109/2012 agar mampu menutup berbagai celah regulasi, memperkuat pengawasan, dan meningkatkan perlindungan terhadap masyarakat, khususnya generasi muda, dari bahaya konsumsi tembakau.

3.10 Ketahanan Ekonomi

Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2021 menerbitkan publikasi bertajuk Penghitungan dan Analisis Kemiskinan Makro Indonesia, yang memberikan gambaran menyeluruh mengenai situasi kemiskinan di Indonesia. Publikasi tersebut memaparkan bagaimana kondisi kemiskinan mengalami perubahan dari waktu ke waktu dengan menggunakan tiga indikator utama, yaitu: (1) tingkat kemiskinan, (2) indeks kedalaman kemiskinan (P1), dan (3) indeks keparahan kemiskinan (P2). Ketiga indikator ini digunakan untuk memahami tidak hanya berapa banyak penduduk miskin, tetapi juga seberapa jauh tingkat kesejahteraan mereka dari garis kemiskinan serta tingkat ketimpangan di antara penduduk miskin itu sendiri.

Indikator pertama, yaitu tingkat kemiskinan, menggambarkan persentase penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan pada periode tertentu. Data BPS menunjukkan bahwa sejak awal tahun 2000-an hingga sebelum pandemi COVID-19, Indonesia mengalami tren penurunan tingkat kemiskinan yang konsisten. Penurunan tersebut merupakan hasil dari pertumbuhan ekonomi, peningkatan akses layanan publik, serta berbagai

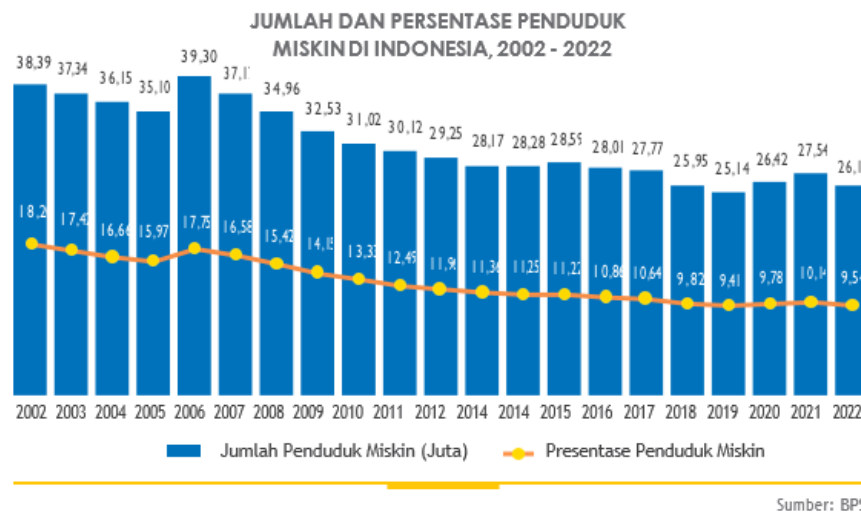
program perlindungan sosial yang ditujukan untuk menurunkan beban masyarakat berpenghasilan rendah.

Indikator kedua, indeks kedalaman kemiskinan, mengukur rata-rata kesenjangan antara pengeluaran penduduk miskin dan garis kemiskinan. Semakin rendah indeks kedalaman kemiskinan, semakin dekat pengeluaran penduduk miskin dengan garis kemiskinan, sehingga lebih mudah bagi mereka untuk keluar dari status miskin. Indikator ini memberikan gambaran mengenai kualitas hidup masyarakat miskin, bukan hanya jumlahnya.

Sementara itu, indikator ketiga, indeks keparahan kemiskinan, menunjukkan tingkat ketimpangan di antara penduduk miskin. Semakin tinggi nilai indeks ini, semakin besar kesenjangan di antara mereka yang berada dalam kelompok miskin. Indikator ini penting untuk menentukan apakah kebijakan pengentasan kemiskinan mampu menjangkau kelompok yang paling rentan atau justru hanya memberikan dampak pada mereka yang berada di dekat garis kemiskinan.

Perkembangan indikator-indikator tersebut selama periode 2002–2021 divisualisasikan dalam grafik 3.19. Grafik tersebut memperlihatkan dinamika penurunan kemiskinan yang cukup stabil hingga tahun 2019. Namun, pada 2020 dan 2021, terjadi peningkatan kembali akibat pandemi COVID-19 yang berdampak signifikan pada perekonomian nasional, terutama terhadap masyarakat berpendapatan rendah yang rentan kehilangan pekerjaan dan mengalami penurunan pendapatan.

Secara keseluruhan, analisis BPS menunjukkan bahwa upaya pengentasan kemiskinan harus terus difokuskan pada dua aspek utama: mengurangi jumlah penduduk miskin dan memperbaiki kualitas hidup mereka yang masih berada jauh di bawah garis kemiskinan. Dengan demikian, kebijakan sosial dan ekonomi dapat dirancang lebih tepat sasaran dan mampu memberikan dampak yang berkelanjutan.



Gambar 3. 19 Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin di Indonesia 2002-2022

Sumber: BPS

Perubahan tingkat kemiskinan di Indonesia selama dua dekade terakhir menunjukkan kecenderungan menurun, meskipun pergerakannya tidak selalu linear. Pada tahun 2002, persentase penduduk miskin tercatat sebesar 18,2%, dan angka tersebut berhasil ditekan hingga mencapai 9,54% pada tahun 2022. Penurunan ini mencerminkan berbagai upaya pemerintah dalam mengembangkan kebijakan perlindungan sosial, peningkatan ekonomi, serta pembangunan infrastruktur yang lebih merata. Namun, meskipun trennya cenderung turun, terdapat beberapa periode di mana angka kemiskinan kembali meningkat akibat tekanan ekonomi maupun kondisi eksternal.

Salah satu kenaikan signifikan terjadi pada tahun 2006, ketika angka kemiskinan melonjak menjadi 17,75%, naik dari 15,97% pada tahun 2005. Kenaikan ini banyak dikaitkan dengan kondisi ekonomi pada periode tersebut, termasuk kenaikan harga bahan bakar minyak dan dampaknya terhadap biaya hidup masyarakat miskin. Kenaikan harga komoditas dasar secara langsung memengaruhi daya beli masyarakat miskin, yang sebagian besar pendapatannya digunakan untuk kebutuhan konsumsi harian.

Kenaikan angka kemiskinan juga terjadi pada periode 2020–2021, yaitu dari 9,78% menjadi 10,14%. Lonjakan ini tidak dapat dilepaskan dari dampak pandemi COVID-19 yang menyebabkan perlambatan ekonomi, hilangnya lapangan kerja, penurunan pendapatan rumah tangga, serta meningkatnya kerentanan sosial ekonomi. Pandemi mengganggu rantai pasok, membatasi mobilitas, dan melemahkan daya beli masyarakat, sehingga banyak rumah tangga rentan yang kembali jatuh ke dalam kemiskinan. Meskipun begitu, pemulihan ekonomi pada 2022 menunjukkan bahwa angka kemiskinan kembali menurun, mencerminkan efektivitas berbagai program perlindungan sosial yang diperkuat selama masa pandemi.

Selain persentase kemiskinan, kualitas kemiskinan juga diukur melalui Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1). Indeks ini menggambarkan seberapa besar rata-rata pengeluaran penduduk miskin dibandingkan garis kemiskinan. Semakin tinggi indeks ini, semakin jauh penduduk miskin dari ambang kesejahteraan minimum.

Pada tahun 2021, Indeks Kedalaman Kemiskinan perkotaan berada pada angka 1,29, dan sedikit menurun menjadi 1,23 pada tahun 2022. Sementara itu, di perdesaan, indeks tersebut berada di angka 2,27 pada 2021, turun tipis menjadi 2,25 pada 2022. Artinya, secara umum masyarakat perdesaan berada lebih jauh dari garis kemiskinan dibandingkan penduduk yang tinggal di perkotaan, yang menunjukkan adanya ketimpangan kesejahteraan antara desa dan kota.

Jika dilihat secara nasional, Indeks Kedalaman Kemiskinan menurun dari 1,71 pada tahun 2021 menjadi 1,59 pada tahun 2022. Penurunan ini menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran penduduk miskin semakin mendekati garis kemiskinan, yang berarti terdapat perbaikan dalam kemampuan ekonomi keluarga miskin, meskipun masih ada tantangan dalam mempersempit jarak antara kelompok miskin ekstrem dan kelompok miskin moderat.

Indikator lainnya adalah Indeks Keparahan Kemiskinan (P2), yang mengukur tingkat ketimpangan pengeluaran di antara penduduk miskin.

Jika P2 tinggi, berarti terdapat kesenjangan yang signifikan antara penduduk yang sangat miskin dan yang berada sedikit di bawah garis kemiskinan.

Pada tahun 2021, Indeks Kearifan Kemiskinan perkotaan tercatat 0,31 dan turun menjadi 0,29 pada tahun 2022. Sedangkan di wilayah perdesaan, indeks ini sebesar 0,57 pada 2021, kemudian menurun menjadi 0,54 pada 2022. Secara nasional, Indeks Kearifan Kemiskinan juga menurun dari 0,42 pada 2021 menjadi 0,39 pada 2022.

Penurunan ini mencerminkan bahwa ketimpangan di antara penduduk miskin sedikit membaik, meskipun angka di wilayah perdesaan masih berada jauh di atas angka di perkotaan. Kondisi tersebut menunjukkan perlunya perhatian khusus untuk wilayah perdesaan, terutama dalam memperbaiki akses terhadap peluang ekonomi, infrastruktur, dan layanan publik yang menjadi prasyarat peningkatan kesejahteraan.

Jika ketiga indikator tersebut, tingkat kemiskinan, indeks kedalaman, dan indeks keparahan, dianalisis secara komprehensif, dapat disimpulkan bahwa secara umum kemiskinan di Indonesia menunjukkan tren penurunan selama periode 2002 hingga 2022. Namun, keberadaan penduduk miskin tetap cukup signifikan, dan kualitas kemiskinan masih cukup berat terutama pada periode pandemi. Tahun 2020 dan 2021 menunjukkan dampak besar tekanan ekonomi terhadap kelompok rentan, yang menyebabkan jarak mereka dari garis kemiskinan kembali melebar dan ketimpangan antarpenduduk miskin meningkat.

Selain itu, disparitas antara wilayah perkotaan dan perdesaan tetap terlihat jelas. Wilayah pedesaan masih memiliki tingkat kedalaman dan keparahan kemiskinan yang lebih buruk dibandingkan wilayah perkotaan, mencerminkan ketimpangan struktural dalam akses ekonomi, pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur.

Dalam mengukur kesejahteraan penduduk, salah satu indikator ekonomi yang sering digunakan adalah pengeluaran per kapita, yang berfungsi sebagai proksi dari pendapatan keluarga. Pengeluaran per kapita dihitung melalui total pengeluaran konsumsi rumah tangga selama satu bulan, yang kemudian dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga, dan

disesuaikan dengan paritas daya beli. Indikator ini penting karena mencerminkan kemampuan rumah tangga dalam memenuhi kebutuhan konsumsi dasar seperti makanan, pakaian, perumahan, pendidikan, dan kesehatan.

Selain itu, dalam skala makro, kondisi ekonomi keluarga dapat dianalisis melalui Produk Domestik Bruto (PDB) yang diterbitkan oleh BPS. PDB memberikan gambaran tentang kinerja perekonomian baik dari sisi pendapatan maupun berdasarkan lapangan usaha. Salah satu komponen penting dalam pendekatan pengeluaran adalah konsumsi rumah tangga, yang biasanya menjadi pendorong utama pertumbuhan ekonomi Indonesia.

Namun demikian, pertumbuhan ekonomi antarwilayah belum merata. Pusat kegiatan ekonomi masih terkonsentrasi di Pulau Jawa, yang memiliki infrastruktur, akses transportasi, pasar, dan sumber daya manusia yang lebih baik dibandingkan daerah lainnya. Sementara itu, wilayah di luar Pulau Jawa masih menghadapi tantangan seperti biaya operasional tinggi, keterbatasan akses transportasi, dan infrastruktur ekonomi yang belum optimal. Kondisi ini memperlebar ketimpangan antarwilayah dan berdampak pada kemampuan penduduk di wilayah tertentu untuk meningkatkan pengeluaran per kapita.

Dengan demikian, meskipun terdapat peningkatan pendapatan dan perbaikan indikator kemiskinan dalam jangka panjang, ketimpangan internal antarwilayah dan ketidakstabilan ekonomi yang terjadi pada periode krisis tetap menjadi tantangan besar dalam pembangunan nasional.

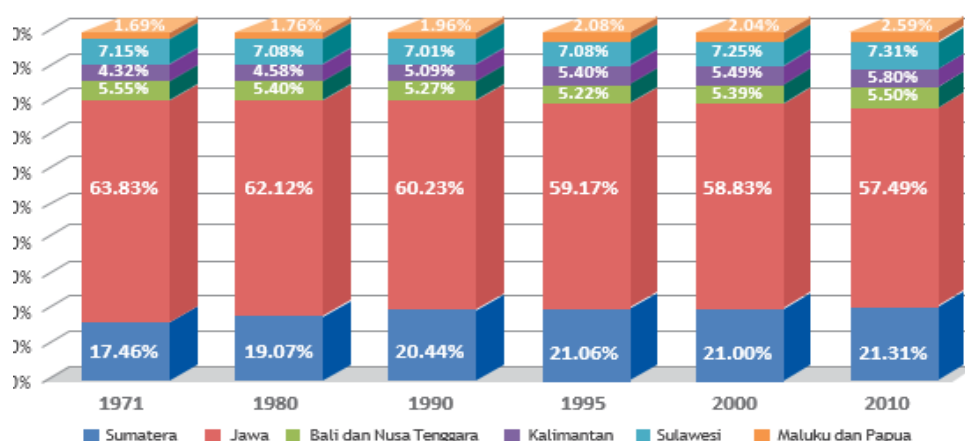
3.11 Persebaran Penduduk

Salah satu persoalan mendasar dalam bidang kependudukan di Indonesia adalah ketidakseimbangan persebaran penduduk antarwilayah. Distribusi penduduk di Indonesia tidak merata, dengan konsentrasi yang sangat tinggi di beberapa pulau tertentu, khususnya Pulau Jawa. Ketimpangan ini telah berlangsung lama dan hingga kini masih menjadi tantangan besar dalam perencanaan pembangunan nasional.

Pulau Jawa sejak dahulu, bahkan sejak masa sebelum kemerdekaan, telah menjadi pusat aktivitas ekonomi, pemerintahan, dan perdagangan. Kondisi tersebut menjadikan Jawa sebagai magnet bagi perpindahan penduduk dari berbagai daerah lain. Arus migrasi internal yang kuat menuju Jawa telah memperkuat dominasi jumlah penduduk di pulau tersebut. Mayoritas penduduk Indonesia telah bermukim di Pulau Jawa sejak era kolonial, dan kecenderungan tersebut terus berlangsung hingga saat ini.

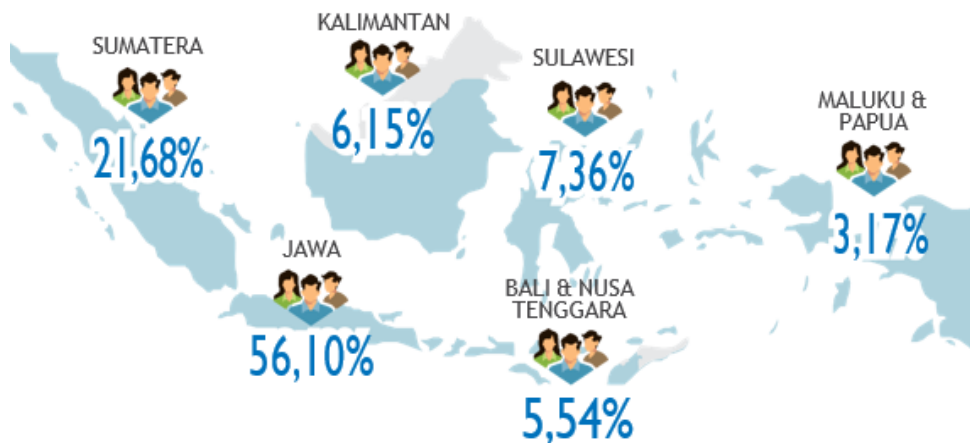
Tingginya konsentrasi penduduk di Jawa tidak hanya dipengaruhi oleh faktor sejarah, tetapi juga oleh berbagai faktor struktural lainnya seperti ketersediaan lapangan kerja, akses pendidikan yang lebih baik, infrastruktur yang lebih lengkap, dan peluang ekonomi yang lebih besar dibandingkan wilayah-wilayah lain di Indonesia. Pulau Jawa menjadi pusat pertumbuhan ekonomi nasional, sehingga terus menarik penduduk dari luar Jawa untuk mencari kesempatan hidup yang lebih baik.

Sebaliknya, banyak wilayah di luar Jawa, terutama di bagian timur Indonesia dan beberapa wilayah Sumatera serta Kalimantan, memiliki kepadatan penduduk yang jauh lebih rendah. Ketimpangan distribusi penduduk ini berimplikasi pada ketidakseimbangan pemanfaatan sumber daya, beban lingkungan yang tinggi di wilayah yang padat, serta keterbatasan pertumbuhan ekonomi di wilayah yang jarang penduduk.



Gambar 3. 20 Persebaran Penduduk Indonesia Tahun 1971-2010

Sumber: Sensus Penduduk 1971, 1980, 1990, dan *survey* penduduk antarsensus (SUPAS) 1995



Gambar 3. 21 Peta Pesebaran Penduduk Indonesia Tahun 2020

Sumber: BPS 2021

Persebaran penduduk yang tidak merata merupakan salah satu karakteristik demografi paling menonjol di Indonesia. Ketimpangan ini terlihat jelas dari dominasi Pulau Jawa sebagai wilayah dengan konsentrasi penduduk tertinggi sejak masa awal perkembangan penduduk Indonesia. Data historis memperlihatkan bahwa sejak dekade 1970-an, sebagian besar penduduk Indonesia bermukim di Jawa, dan meskipun proporsinya sedikit menurun dari waktu ke waktu, Jawa tetap menjadi pusat konsentrasi penduduk nasional hingga saat ini.

Pada tahun 1970, sekitar 63,83% seluruh penduduk Indonesia tinggal di Pulau Jawa. Dua dekade kemudian, berdasarkan Sensus Penduduk 1980, komposisinya sedikit menurun namun masih sangat besar, yakni 62,12%. Penurunan proporsi ini berlanjut pada tahun 2010, ketika data sensus menunjukkan bahwa sekitar 57,49% penduduk Indonesia masih berada di pulau tersebut. Meskipun tren ini mencerminkan adanya proses redistribusi penduduk dalam skala kecil, kenyataannya lebih dari separuh total penduduk Indonesia tetap terkonsentrasi di satu pulau yang hanya mencakup sekitar 7% dari total wilayah daratan Indonesia.

Pada tahun 2020, Pulau Jawa masih dihuni oleh 56,1% penduduk Indonesia. Dengan demikian, Jawa tetap menjadi pulau dengan beban kepadatan penduduk tertinggi dan pusat aktivitas ekonomi nasional yang paling dominan. Di sisi lain, wilayah dengan proporsi penduduk paling

rendah adalah kawasan Maluku dan Papua, yang hanya dihuni oleh sekitar 3,17% penduduk Indonesia, meskipun secara geografis kawasan tersebut memiliki luas wilayah yang sangat besar. Ketimpangan jumlah penduduk ini menunjukkan adanya kesenjangan yang signifikan antara wilayah barat dan timur Indonesia dalam hal pemusatan penduduk dan kegiatan pembangunan.

Persebaran penduduk berdasarkan pulau mengungkapkan bahwa ketidakseimbangan antarwilayah masih persisten hingga tahun 2020. Pola distribusi penduduk tersebut bukan hanya faktor geografis, tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai aspek seperti sejarah pembangunan, aksesibilitas, ketersediaan lapangan pekerjaan, pusat pendidikan, serta pembangunan infrastruktur yang sejak lama lebih terfokus di Pulau Jawa. Kondisi ini menjelaskan mengapa migrasi internal cenderung mengalir ke Jawa, terutama di kota-kota besar seperti Jakarta, Surabaya, dan Bandung.

Melihat kondisi ini, pengelolaan mobilitas penduduk menjadi isu strategis yang perlu mendapatkan perhatian serius. Pemerintah perlu mendorong kebijakan yang lebih efektif untuk menciptakan persebaran penduduk yang lebih proporsional di masa mendatang. Salah satu upaya besar yang sedang dilakukan adalah pemindahan ibu kota negara ke Pulau Kalimantan, tepatnya ke wilayah Ibu Kota Nusantara (IKN). Kebijakan ini diharapkan dapat menciptakan pusat pertumbuhan baru di luar Jawa dan secara bertahap mengurangi tekanan penduduk dan ekonomi yang selama ini terpusat di Jawa. Selain itu, keberadaan pusat pemerintahan baru diharapkan mampu merangsang perkembangan ekonomi, menciptakan peluang kerja, dan menarik arus migrasi menuju pulau di luar Jawa sehingga memperbaiki ketimpangan demografis antarwilayah.

Ketidakseimbangan persebaran penduduk juga tercermin dalam tingkat kepadatan penduduk di masing-masing pulau dan provinsi. Grafik 3.21 menunjukkan bahwa perbedaan kepadatan penduduk antarwilayah sangat ekstrem. Jawa Barat, misalnya, merupakan provinsi dengan tingkat kepadatan tertinggi, bahkan melebihi 1.000 jiwa per kilometer persegi. Kepadatan semacam ini menimbulkan berbagai tantangan seperti

keterbatasan lahan permukiman, tekanan terhadap infrastruktur, tingginya tingkat kemacetan, serta meningkatnya kerentanan terhadap masalah sosial dan lingkungan.

Sebaliknya, kawasan seperti Kalimantan Utara memiliki tingkat kepadatan penduduk yang sangat rendah, yaitu hanya sekitar 25 jiwa per kilometer persegi. Kondisi ini menunjukkan bahwa wilayah-wilayah tertentu memiliki potensi lahan yang luas namun belum dimanfaatkan secara optimal untuk pembangunan permukiman, ekonomi, dan pelayanan publik. Ketimpangan ini pada akhirnya berimplikasi terhadap kesenjangan ekonomi antarwilayah, mengingat pusat-pusat kegiatan ekonomi dan industri terkonsentrasi di tempat-tempat dengan jumlah penduduk besar.

Jika melihat proyeksi jangka panjang, diperkirakan bahwa pada tahun 2045, Pulau Jawa masih akan menjadi wilayah dengan populasi terbesar di Indonesia. Meskipun berbagai program pemerataan pembangunan telah dirancang, termasuk pembentukan pusat pertumbuhan baru dan pengembangan infrastruktur di luar Jawa, tren konsentrasi penduduk di Jawa diproyeksikan tetap kuat dalam beberapa dekade mendatang, kecuali jika kebijakan distribusi penduduk dan pembangunan regional dilaksanakan secara lebih agresif.

Ketimpangan geografis ini menjadi tantangan besar bagi Indonesia dalam mewujudkan pembangunan yang inklusif dan berkelanjutan. Pemerataan persebaran penduduk diperlukan agar tekanan terhadap sumber daya di pulau yang padat dapat dikurangi, sementara wilayah dengan populasi rendah dapat memaksimalkan potensi sumber dayanya. Oleh karena itu, strategi penataan ruang, kebijakan pembangunan wilayah, peningkatan akses transportasi, dan penciptaan pusat ekonomi baru di luar Jawa harus menjadi prioritas dalam kebijakan kependudukan Indonesia ke depan.

BAB IV

DESAIN KELEMBAGAAN, FUNGSI, DAN TATA KELOLA UPT KEMENDUKBANGGA/BKKBN PROVINSI

4.1 Landasan Pengembangan Desain Unit Pelaksana Teknis

Pengembangan desain Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kemendukbangga/BKKBN Provinsi didasarkan pada sejumlah landasan regulatif, konseptual, dan operasional yang menjadi pijakan bagi pembentukan struktur kelembagaan baru. Landasan ini memastikan bahwa UPT bukan sekadar penambahan entitas birokrasi, melainkan mekanisme strategis untuk memperkuat tata kelola pembangunan keluarga, kependudukan, dan KB dalam kerangka transformasi nasional 2025–2045.

Landasan regulatif pembentukan UPT mengacu pada Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang mengatur hubungan kewenangan antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota. UU tersebut menegaskan bahwa urusan pemerintahan bidang pengendalian penduduk dan keluarga berencana merupakan urusan konkuren, sehingga pemerintah pusat wajib menyediakan norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK), sementara daerah melaksanakan fungsi operasional (Kementerian Dalam Negeri, 2014). Dalam konteks ini, UPT provinsi menjadi jembatan operasional antara NSPK nasional dengan implementasi daerah.

RPJPN 2025–2045 menetapkan pembangunan manusia sebagai pusat strategi pembangunan serta memperkuat kebijakan kependudukan, ketahanan keluarga, dan transformasi kelembagaan sebagai prioritas nasional (Bappenas, 2023). Dengan demikian, pembentukan UPT merupakan mandat strategis untuk memastikan implementasi kebijakan nasional berjalan seragam dan efektif di seluruh provinsi.

RPJMN 2025–2029 lebih menekankan integrasi program keluarga, percepatan penurunan *stunting*, penguatan kesehatan reproduksi remaja,

serta persiapan menuju *aging society*. Semua target ini mensyaratkan penguatan fungsi supervisi, monitoring, dan pendampingan teknis di tingkat provinsi. UPT menjadi struktur yang relevan untuk memastikan bahwa target nasional dicapai melalui tata kelola berjenjang yang kuat.

Selain itu, peraturan perundang-undangan terkait kelembagaan, seperti Peraturan Presiden tentang BKKBN serta Peraturan Menteri PANRB mengenai kelembagaan UPT, menjadi dasar legal bagi desain struktur teknis. Dengan kerangka ini, pembentukan UPT tidak bertentangan dengan kerangka regulasi, tetapi justru memperkuat implementasi kewenangan pusat melalui instrumen teknis yang sah.

Desain UPT berpegang pada prinsip-prinsip tata kelola kelembagaan yang efektif, yaitu:

4.1.1 Efektivitas dan Efisiensi

UPT harus mampu memberikan nilai tambah terhadap implementasi program keluarga dan KB. Efektivitas berarti UPT mampu memperbaiki proses supervisi, koordinasi, dan dukungan teknis. Efisiensi berarti bahwa pembentukan UPT memberikan manfaat lebih besar dibanding biaya operasional yang dikeluarkan. Prinsip ini sejalan dengan teori reformasi sektor publik yang menekankan optimalisasi fungsi kelembagaan berdasarkan hasil (Pollitt & Bouckaert, 2017).

4.1.2 Akuntabilitas dan Transparansi

Sebagai perpanjangan tangan kementerian, UPT harus memiliki mekanisme pelaporan, pengawasan internal, dan akuntabilitas program yang jelas. Struktur pelaporan berjenjang memastikan bahwa UPT menjadi bagian dari sistem tata kelola nasional yang akuntabel (Peters, 2021).

4.1.3 Kesetaraan Layanan (*Equity of Services*)

Salah satu alasan utama pembentukan UPT adalah mengatasi ketimpangan kualitas layanan KB dan keluarga antarwilayah. Dengan

prinsip *equity*, UPT wajib menjamin bahwa setiap kabupaten/kota di provinsi memperoleh akses layanan pendampingan, supervisi, pelatihan, dan data yang setara. Prinsip ini sejalan dengan literatur pelayanan publik yang menempatkan *equity* sebagai dimensi kinerja layanan (Denhardt & Denhardt, 2015).

4.1.4 Adaptabilitas terhadap Variasi Demografi

Desain UPT harus mampu merespons variasi kondisi demografis antarprovinsi, seperti fertilitas tinggi, migrasi tinggi, *aging population*, maupun dinamika remaja. Prinsip ini mengikuti teori sistem dinamis dan adaptasi kebijakan (Stermann, 2000).

4.1.5 Penguatan *Multi-Level Governance*

Karena pembangunan keluarga menyentuh berbagai sektor dan tingkatan pemerintahan, struktur UPT harus mampu memfasilitasi koordinasi pusat–provinsi–kabupaten/kota. Prinsip *multi-level governance* memastikan bahwa kebijakan berjalan sinergis antarlevel pemerintahan (Hooghe & Marks, 2010).

4.1.6 Rasionalitas Teoretis Pembentukan UPT

Pembentukan UPT memiliki dasar teoretis yang kuat dari perspektif ilmu kebijakan, kelembagaan, dan pelayanan publik.

a) Teori Kelembagaan (*Institutional Theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa struktur organisasi yang kuat dapat meningkatkan efektivitas implementasi kebijakan dengan menciptakan aturan, norma, dan praktik standar yang mengikat aktor pelaksana (Scott, 2014). UPT memperkuat tekanan normatif dan regulatif terhadap OPD daerah sehingga implementasi lebih konsisten.

b) Teori Implementasi Kebijakan

Hill dan Hupe (2014) menekankan bahwa implementasi kebijakan memerlukan struktur pelaksana yang jelas, kompeten, dan memiliki

mandat operasional. Tanpa pelaksana teknis di provinsi, kebijakan pusat sering mengalami distorsi.

c) Teori Pelayanan Publik Kontemporer

Model *new public governance* menekankan kolaborasi lintas sektor, sementara teori *public value* menekankan penciptaan manfaat sosial (Moore, 1995). UPT memungkinkan integrasi layanan keluarga dengan sektor kesehatan, pendidikan, dan sosial.

d) Teori Demografi dan Pembangunan Manusia

Dinamika fertilitas, transisi keluarga, pernikahan anak, *stunting*, dan *aging population* mengharuskan adanya intervensi lintas wilayah yang seragam. Literatur demografi menegaskan bahwa perbedaan fase transisi demografi antarwilayah membutuhkan struktur teknis yang adaptif (Lee & Mason, 2014).

e) Teori Sistem (*Systems Thinking*)

Pendekatan sistem menekankan pentingnya entitas penghubung agar input kebijakan menghasilkan *output* dan *outcome* yang konsisten (Easton, 1965). UPT menjadi titik penghubung penting dalam sistem pembangunan keluarga.

Dengan demikian, landasan regulatif, prinsip desain kelembagaan, serta teori-teori tersebut memberikan argumen kuat bahwa pembentukan UPT bukan hanya layak, tetapi juga diperlukan untuk memastikan keberhasilan pembangunan keluarga dan penduduk Indonesia.

4.2 Tujuan, Fungsi, dan Peran Strategis UPT

Perumusan tujuan, fungsi, dan peran strategis UPT merupakan fondasi untuk menentukan struktur, tata kelola, dan mekanisme operasional UPT di tingkat provinsi. UPT harus dirancang bukan sebagai entitas administratif, tetapi sebagai unit teknis yang memperkuat implementasi program Kemendukbangwa/BKKBN secara berjenjang, terstandar, dan adaptif.

4.3 Tujuan Pembentukan UPT

Pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi bertujuan untuk:

- a) Meningkatkan kualitas dan pemerataan layanan pembangunan keluarga dan KB melalui supervisi teknis, pembinaan, dan standardisasi yang lebih dekat dengan daerah.
- b) Memperkuat tata kelola berjenjang antara pemerintah pusat dan daerah dengan menyediakan simpul koordinasi teknis di tingkat provinsi.
- c) Mengatasi kesenjangan capaian antarwilayah melalui pendampingan intensif, audit layanan, dan standar mutu.
- d) Memperkuat sistem data keluarga berbasis validasi, analisis, dan pemanfaatan data untuk perencanaan berbasis bukti (*evidence-based policy*).
- e) Mengakselerasi pencapaian target RPJMN dan RPJPN melalui layanan teknis yang sistematis, terstandar, dan adaptif terhadap isu wilayah.
- f) Mendukung transformasi pembangunan keluarga di tengah dinamika transisi demografi, risiko remaja, dan penuaan penduduk.
- g) Meningkatkan ketahanan keluarga dan kualitas sumber daya manusia secara nasional melalui integrasi layanan pembangunan keluarga dan program KB.
- h) Mendukung terwujudnya visi pembangunan nasional Presiden dalam membangun sumber daya manusia unggul, memperkuat ketahanan keluarga, serta mewujudkan pembangunan yang inklusif, berkeadilan, dan berkelanjutan

4.4. Fungsi Pembentukan UPT

4.4.1 Fungsi Umum UPT Provinsi

Fungsi umum UPT meliputi empat klaster utama:

- a. Supervisi Teknis (*Technical Supervision*).

UPT bertanggung jawab mengawasi implementasi standar layanan keluarga dan KB, termasuk audit layanan, pendampingan kabupaten/kota, dan *quality assurance*.

b. Pengembangan Kapasitas SDM

UPT menjadi pusat pelatihan provinsi bagi penyuluh, konselor keluarga, bidan, dan analis data keluarga. Fungsi ini memperkuat kompetensi teknis dan profesionalisme pelaksana program.

c. Integrasi dan Pengolahan Data Keluarga

UPT menyediakan validasi data keluarga, integrasi lintas sektor, dan analisis data untuk mendukung perencanaan program yang tepat sasaran.

d. Koordinasi Program Lintas Sektor

UPT menjadi simpul teknis yang menghubungkan Kemendukbangga/BKKBN dengan dinas kesehatan, pendidikan, sosial, dan Bappeda.

4.4.2 Fungsi Khusus UPT

a. Pembinaan Teknis Layanan KB Klinis dan Non-Klinis

UPT bertugas memberikan pelatihan, supervisi, dan audit terhadap layanan KB, termasuk ketersediaan alat kontrasepsi, kualitas tindakan medis, dan konseling.

b. Penguatan Intervensi Keluarga

UPT mendukung pelaksanaan program pendampingan keluarga berisiko, edukasi pranikah, pendidikan remaja, dan ketahanan keluarga.

c. Analitik Data Keluarga dan Demografi

UPT mengoperasikan sistem data keluarga yang terintegrasi serta menghasilkan analisis rutin yang dapat digunakan provinsi dan kabupaten untuk perencanaan.

d. Penjaminan Mutu Program

UPT menyusun pedoman teknis, monitoring, dan evaluasi, serta melakukan penilaian kinerja daerah.

e. Fasilitasi Lintas Sektor

UPT memfasilitasi kolaborasi program di provinsi sehingga intervensi menjadi lebih terpadu.

Peran strategis UPT berkaitan langsung dengan transformasi pembangunan keluarga dalam kerangka RPJPN 2025–2045:



Gambar 4. 1 Peta Strategi Unit Pelaksana Teknis

Tanpa struktur provinsi, Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) sering diterjemahkan berbeda oleh daerah. UPT memperkuat standardisasi nasional. Provinsi dengan capaian rendah dapat memperoleh pendampingan intensif. UPT memperkuat program keluarga lansia, perlindungan sosial keluarga, dan layanan adaptif lainnya. UPT memperkuat program remaja, pendidikan keluarga, dan layanan KB untuk generasi produktif. UPT memastikan intervensi keluarga berjalan seragam dan berbasis bukti.

4.5 Struktur Organisasi UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi

Perancangan struktur organisasi UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan proses strategis yang harus mempertimbangkan mandat kebijakan nasional, teori kelembagaan, kebutuhan operasional, serta keragaman karakteristik demografi antarprovinsi. Struktur organisasi UPT tidak hanya berfungsi sebagai kerangka administratif, tetapi menjadi instrumen operasional yang menentukan bagaimana kebijakan pembangunan keluarga dan pengendalian penduduk diimplementasikan secara efektif. Literatur administrasi publik menegaskan bahwa desain struktur organisasi merupakan determinan utama efektivitas kebijakan dan kinerja pelayanan publik (Peters, 2021; Pollitt & Bouckaert, 2017).

Dalam konteks pembangunan keluarga, struktur UPT harus menjamin tiga aspek utama:

- a. efektivitas fungsi teknis;
- b. integrasi lintas sektor, dan
- c. kelenturan organisasi untuk merespons dinamika demografi di setiap wilayah.

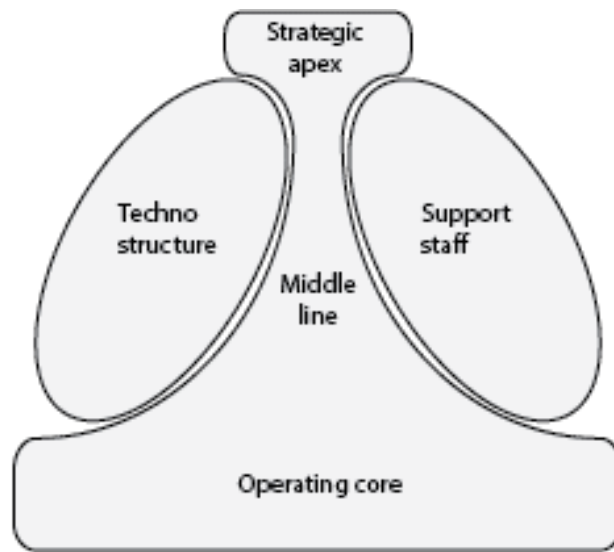
Konsep *fit for purpose* sangat relevan dalam desain UPT, yaitu bahwa struktur harus benar-benar disesuaikan dengan misi dan kebutuhan program, bukan sekadar mengikuti pola struktural birokrasi tradisional (Osborne, 2010).

Berikut adalah perumusan struktur UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi beserta rasionalitasnya. Prinsip Pembentukan Struktur UPT:

4.5.1 Fungsional-Teknis (*Functionalist Design*)

UPT dibentuk berdasarkan fungsi teknis yang mendukung implementasi program keluarga, kependudukan, dan KB. Struktur harus mencerminkan alur kerja teknokratis, bukan sekadar hierarki administratif (Scott, 2014). Fungsi analitik, supervisi, dan layanan KB harus menjadi pusat struktur.

4.5.2 Modular dan Adaptif



Gambar 4. 2 *Henry Mintzberg's theory of organizational structure*

Struktur harus dapat disesuaikan dengan kondisi demografis wilayah. Provinsi dengan TFR tinggi memerlukan penekanan pada layanan KB dan remaja, sementara provinsi mendekati *aging society* membutuhkan fungsi lansia dan keluarga dewasa. Pendekatan modular ini dianjurkan dalam desain kelembagaan modern (Mintzberg, 1983).

4.5.3 Berbasis Rantai Layanan (*Service Delivery Chain Model*)

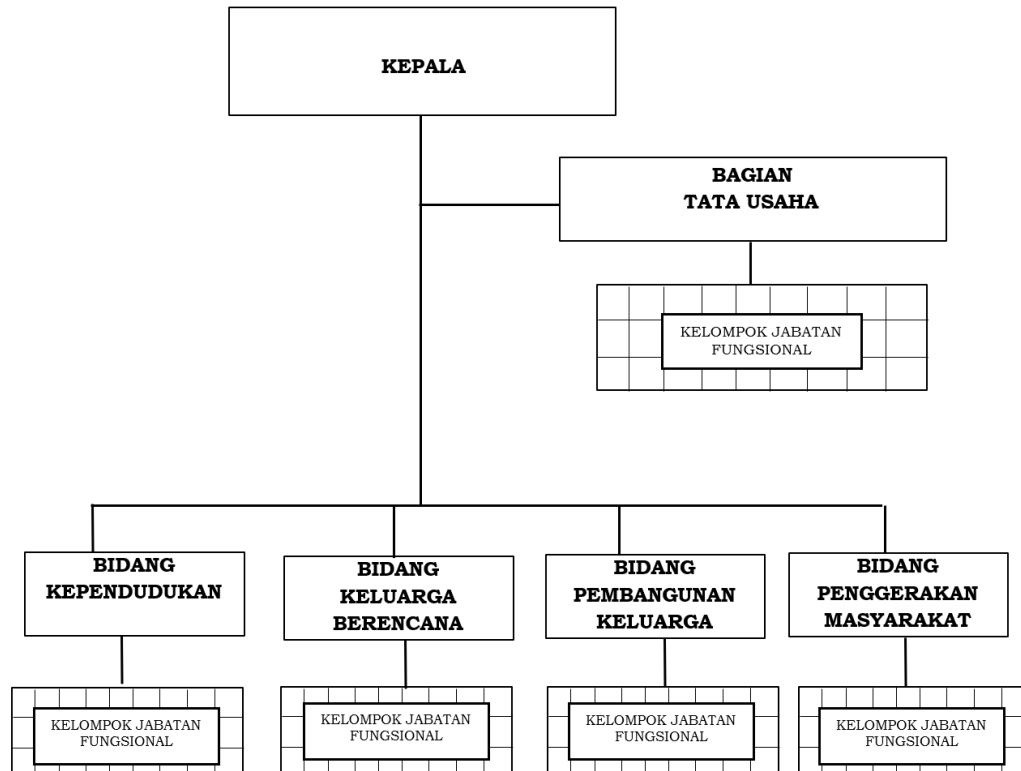
UPT dirancang untuk memperkuat seluruh rantai layanan mulai dari standardisasi, pelatihan, implementasi, hingga monitoring (Lynn et al., 2001). Struktur harus menjamin bahwa setiap mata rantai memiliki unit penanggung jawab.

4.5.4 Penguatan *Multi-Level Governance*

UPT berfungsi menjembatani pusat–provinsi–kabupaten/kota, sehingga struktur harus dibuat agar mudah berkoordinasi dengan OPD KB daerah, gubernur, dan perangkat daerah lainnya.

4.6 Usulan Struktur Organisasi UPT

a) Usulan Struktur Organisasi UPT Provinsi

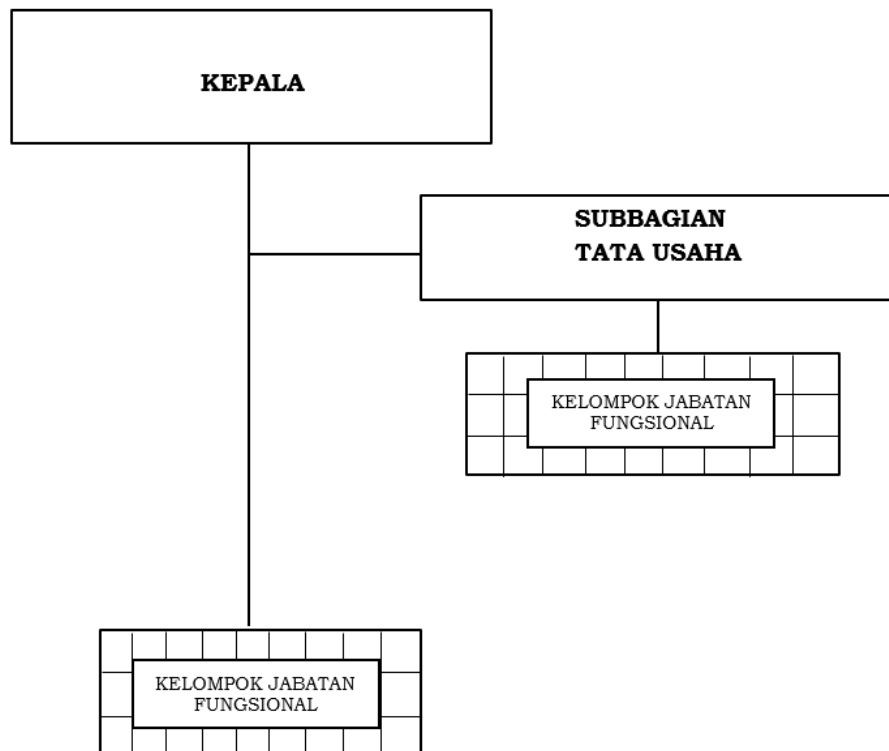


Gambar 4. 3 Struktur UPT Balai Besar Kependudukan dan Pembangunan Keluarga

Struktur UPT Balai Besar Kependudukan dan Pembangunan Keluarga terdiri atas enam komponen utama:

1. Kepala;
2. Sekretaris;
3. Bidang Kependudukan;
4. Bidang Keluarga Berencana;
5. Bidang Pembangunan Keluarga; dan
6. Bidang Penggerakan Masyarakat.

b) Usulan Struktur Organisasi UPT Kabupaten/Kota



Gambar 4. 4 Struktur Organisasi UPT Balai Kependudukan dan Keluarga Berencana

Struktur UPT Balai Kependudukan dan Keluarga Berencana terdiri atas dua komponen utama:

1. Kepala
2. Subbagian Tata Usaha

4.7 Sumber Daya Manusia dan Kapasitas

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan elemen inti dalam keberhasilan implementasi program pembangunan keluarga, kependudukan, dan KB. Tanpa SDM yang kompeten, terlatih, dan tersebar merata, kebijakan sebesar apa pun tidak akan menghasilkan dampak yang optimal. Literatur administrasi publik menunjukkan bahwa kapasitas pelaksana (*street-level*

bureaucrats) adalah determinan utama kualitas implementasi kebijakan (Lipsky, 2010). Pada konteks pembangunan keluarga, SDM teknis seperti penyuluh KB, konselor keluarga, bidan, analis data, dan pelaksana program merupakan aktor kunci yang menentukan bagaimana intervensi diterjemahkan di tingkat rumah tangga.

Pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi memberikan ruang strategis untuk memperkuat kapasitas SDM melalui tiga pendekatan utama: (1) penyediaan pelatihan dan sertifikasi berjenjang, (2) penyediaan supervisi dan pendampingan teknis, dan (3) konsolidasi kapasitas analitik data. Ketiganya diperlukan untuk menjawab kesenjangan kapasitas antardaerah yang saat ini cukup tinggi.

Tabel Jumlah Pegawai

Tabel 4. 1 Jumlah Pegawai

No	Unit Kerja	Jumlah
1	Perwakilan BKKBN Provinsi Aceh	869
2	Perwakilan BKKBN Provinsi Sumatera Utara	1.368
3	Perwakilan BKKBN Provinsi Sumatera Barat	449
4	Perwakilan BKKBN Provinsi Riau	305
5	Perwakilan BKKBN Provinsi Kepulauan Riau	538
6	Perwakilan BKKBN Provinsi Jambi	538
7	Perwakilan BKKBN Provinsi Bengkulu	370
8	Perwakilan BKKBN Provinsi Sumatera Selatan	1.091
9	Perwakilan BKKBN Provinsi Kepulauan Bangka Belitung	212
10	Perwakilan BKKBN Provinsi Lampung	733
11	Perwakilan BKKBN Provinsi Banten	333
12	Perwakilan BKKBN Provinsi Jawa Barat	2074
13	Perwakilan BKKBN Provinsi Jawa Tengah	1.478

No	Unit Kerja	Jumlah
14	Perwakilan BKKBN Provinsi DI Yogyakarta	299
15	Perwakilan BKKBN Provinsi Jawa Timur	1.501
16	Perwakilan BKKBN Provinsi Bali	406
17	Perwakilan BKKBN Provinsi NTB	790
18	Perwakilan BKKBN Provinsi NTT	798
19	Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Barat	315
20	Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Tengah	290
21	Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Timur	401
22	Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Selatan	533
23	Perwakilan BKKBN Provinsi Sulawesi Utara	285
24	Perwakilan BKKBN Provinsi Sulawesi Tengah	592
25	Perwakilan BKKBN Provinsi Gorontalo	269
26	Perwakilan BKKBN Provinsi Sulawesi Barat	484
27	Perwakilan BKKBN Provinsi Sulawesi Tenggara	749
28	Perwakilan BKKBN Provinsi Sulawesi Selatan	1.630
29	Perwakilan BKKBN Provinsi Maluku	253
30	Perwakilan BKKBN Provinsi Maluku Utara	362
31	Perwakilan BKKBN Provinsi Papua	190
32	Perwakilan BKKBN Provinsi Papua Barat	103
Total		20.608

4.8 Analisis Dampak Kelembagaan UPT

Analisis dampak kelembagaan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi dilakukan untuk memahami konsekuensi strategis, operasional, dan sistemik dari pembentukan unit teknis baru yang berfungsi sebagai simpul pelaksana kebijakan pembangunan keluarga, kependudukan, dan KB di

tingkat provinsi. Dampak yang ditimbulkan tidak hanya bersifat administratif, melainkan terutama berdampak pada peningkatan kualitas layanan, penguatan tata kelola pusat-daerah, percepatan pencapaian sasaran RPJMN dan RPJPN, serta peningkatan efektivitas intervensi keluarga sepanjang siklus hidup. Dengan demikian, pembentukan UPT dipandang sebagai intervensi kelembagaan yang memiliki nilai strategis jangka panjang bagi transformasi pembangunan manusia Indonesia.

Secara konseptual, dampak utama dari keberadaan UPT adalah peningkatan efektivitas implementasi kebijakan melalui struktur pelaksana yang jelas, adaptif, dan memiliki kapasitas teknis memadai. Dalam kerangka teori implementasi kebijakan, Michael Hill dan Peter Hupe menekankan bahwa pelaksanaan kebijakan memerlukan entitas pelaksana yang mampu menerjemahkan norma, standar, dan prosedur nasional ke dalam tindakan nyata di lapangan. Desentralisasi tanpa dukungan struktur teknis yang kuat di tingkat provinsi berpotensi menghasilkan variasi implementasi yang tinggi, distorsi kebijakan, serta ketidakseragaman kualitas layanan. Sebaliknya, pembentukan UPT memberikan kanal koordinasi yang lebih stabil sehingga kebijakan nasional dapat diterapkan secara konsisten.

Dampak pertama yang paling signifikan adalah meningkatnya kualitas layanan KB dan kesehatan reproduksi di seluruh provinsi. UPT berfungsi sebagai pusat supervisi teknis yang memiliki kapasitas untuk melakukan audit layanan, pendampingan klinis, dan monitoring mutu layanan KB di fasilitas kesehatan primer dan rujukan. Sebelum adanya UPT, proses supervisi dan peningkatan mutu layanan sangat bergantung pada kapasitas daerah masing-masing, yang tidak merata antara kabupaten/kota. Ada daerah yang memiliki fasilitas KB yang kuat dan terlatih, sementara banyak daerah lain kekurangan tenaga bidan terlatih, keterbatasan alat kontrasepsi, serta tidak memiliki mekanisme audit pelayanan yang memadai. Dengan hadirnya UPT, supervisi dapat dilakukan secara berkala, sistematis, dan berbasis indikator mutu sehingga kualitas layanan meningkat secara menyeluruh. Studi global, khususnya Cleland et al. (2019), menunjukkan bahwa supervisi teknis yang efektif dapat meningkatkan penggunaan

kontrasepsi modern, menurunkan *unmet need*, dan memperbaiki kualitas pemilihan metode kontrasepsi oleh pasangan usia subur. Hal ini sangat relevan bagi provinsi-provinsi dengan TFR tinggi dan cakupan KB modern yang masih rendah.

Dampak kedua terletak pada konsistensi implementasi intervensi keluarga sepanjang siklus hidup. Selama ini pelaksanaan program keluarga seperti edukasi pranikah, pendampingan keluarga berisiko, pendidikan remaja, pendampingan keluarga lansia, dan kelas orang tua sering berbeda antarwilayah karena variasi kapasitas SDM dan prioritas daerah. Melalui UPT, standarisasi intervensi keluarga dapat dilakukan secara lebih kuat, karena unit ini berperan sebagai pusat pelatihan dan supervisi bagi penyuluh KB, konselor keluarga, dan fasilitator program remaja. Pendekatan supervisi berjenjang yang dilakukan UPT akan mengurangi kesenjangan antarwilayah dalam pelaksanaan program keluarga, sehingga kualitas layanan keluarga menjadi lebih merata. Dalam perspektif ketahanan keluarga, sebagaimana dijelaskan Walsh (2016), konsistensi intervensi sangat penting untuk membangun resiliensi keluarga, terutama dalam menghadapi risiko sosial, ekonomi, dan kesehatan yang semakin kompleks.

Dampak ketiga terkait peningkatan kapasitas SDM daerah. UPT memainkan peran penting sebagai pusat pengembangan kapasitas melalui pelatihan teknis, sertifikasi, mentoring, dan pendampingan kabupaten/kota. Di banyak provinsi, penyuluh KB dan tenaga pelaksana program keluarga memiliki kompetensi yang beragam, sehingga pelatihan berjenjang menjadi kebutuhan sistemik. Pembentukan UPT memberikan struktur kelembagaan bagi penyediaan pelatihan provinsi secara reguler, termasuk pengalaman lapangan terstandar dan bentuk bimbingan teknis intensif. Literasi SDM adalah salah satu faktor penentu utama kinerja layanan publik menurut Lipsky (2010), karena implementasi kebijakan pada akhirnya ditentukan oleh kapasitas pelaksana garis depan. Dengan UPT, kapasitas ini tidak hanya meningkat tetapi juga lebih merata antarwilayah.

Dampak keempat berkaitan dengan penguatan sistem data keluarga dan informasi pembangunan. Data keluarga merupakan instrumen strategis

untuk perencanaan program keluarga, KB, dan kependudukan. Namun, validitas, konsistensi, dan integrasi data keluarga selama ini menjadi tantangan. UPT memperkuat sistem data melalui validasi berkala, pemutakhiran data keluarga, integrasi lintas sektor (dengan Kemenkes, Kemendikdasmen, Kemensos, dan Dukcapil), serta analisis data berbasis kabupaten/kota. Dengan adanya kapasitas analitik di tingkat provinsi, rekomendasi kebijakan dapat disusun lebih cepat, akurat, dan kontekstual. Hal ini mendukung perencanaan berbasis bukti (*evidence-based policy*) sebagaimana dikemukakan Head (2016). Selain itu, keberadaan *dashboard* provinsi memungkinkan pemantauan indikator keluarga dan demografi secara *real-time*, sehingga pengambilan keputusan lebih responsif terhadap dinamika sosial-demografis.

Dampak kelima adalah peningkatan efektivitas koordinasi lintas sektor. Isu keluarga selalu bersifat multidimensi dan memerlukan kerja sama sektor kesehatan, pendidikan, sosial, agama, dan perencanaan pembangunan. UPT menyediakan struktur bagi koordinasi lintas sektor di provinsi, yang selama ini sering tergantung pada inisiatif ad hoc instansi tertentu. Dengan adanya UPT, forum koordinasi dapat difasilitasi secara rutin, terstruktur, dan berbasis data. Pendekatan *collaborative governance* (Ansell & Gash, 2008) menunjukkan bahwa keberadaan aktor penghubung (*broker*) seperti UPT meningkatkan kejelasan peran antarinstansi, memperkuat kepercayaan, dan memperlancar pelaksanaan program terpadu seperti penurunan *stunting*, pencegahan perkawinan anak, penguatan literasi keluarga, serta layanan pendampingan lansia.

Dampak keenam adalah kontribusi langsung terhadap pencapaian target RPJPN 2025–2045 dan RPJMN 2025–2029. Dengan supervisi yang lebih kuat, standar layanan keluarga dan KB yang lebih merata, serta data yang lebih berkualitas, UPT mempercepat pencapaian sasaran nasional seperti penurunan TFR, peningkatan CPR modern, penurunan ASFR, percepatan penurunan *stunting*, penguatan ketahanan keluarga, dan kesiapan menghadapi masyarakat menua. Semua indikator ini merupakan bagian integral dari agenda pembangunan manusia dalam RPJPN. Kontribusi

kelembagaan UPT terhadap indikator-indikator ini bersifat struktural, bukan insidental, karena menyangkut penguatan ekosistem layanan keluarga.

Dampak terakhir yang bersifat jangka panjang adalah penguatan ketahanan nasional melalui peningkatan kualitas keluarga dan sumber daya manusia. Keluarga merupakan institusi dasar masyarakat, dan kualitasnya menentukan kualitas pembangunan manusia. Dengan memperkuat layanan keluarga sepanjang siklus hidup, UPT mendukung terbentuknya keluarga yang sehat, produktif, dan resilien. Hal ini berimplikasi pada peningkatan modal manusia, stabilitas sosial, penurunan risiko kesenjangan sosial, dan peningkatan produktivitas tenaga kerja. Lee dan Mason (2014) menegaskan bahwa kualitas keluarga merupakan faktor kunci yang menentukan besarnya manfaat bonus demografi dan kemampuan negara memasuki tahap *aging society* dengan stabil.

Dengan demikian, analisis dampak kelembagaan menunjukkan bahwa pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan intervensi strategis yang memperkuat implementasi kebijakan, meningkatkan kualitas layanan, memperkuat kapasitas daerah, memperbaiki sistem data, meningkatkan koordinasi lintas sektor, dan memberikan kontribusi langsung pada pencapaian agenda pembangunan nasional. Dampaknya tidak hanya bersifat administratif, tetapi bersifat transformasional dan jangka panjang.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan keseluruhan analisis tersebut, dapat disimpulkan bahwa pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan kebutuhan strategis yang tidak dapat ditunda. Pertama, keberadaan UPT diperlukan untuk memperkuat sistem implementasi kebijakan pembangunan keluarga di provinsi dan kabupaten/kota dengan memastikan bahwa standar layanan KB dan intervensi keluarga diterapkan secara konsisten. Di era desentralisasi, kebijakan nasional berisiko mengalami distorsi jika tidak didukung oleh struktur pelaksana teknis yang dekat dengan daerah. Kedua, UPT berfungsi sebagai pusat pengembangan kapasitas SDM, yang selama ini menjadi salah satu titik lemah dalam implementasi program keluarga dan KB. Ketiga, UPT mampu memperkuat peran provinsi dalam koordinasi lintas sektor, terutama dalam isu-isu prioritas seperti *stunting*, pendidikan keluarga, kesehatan reproduksi remaja, dan perlindungan keluarga berisiko. Keempat, UPT berperan krusial dalam penguatan sistem data keluarga melalui validasi, integrasi, dan analisis data yang menjadi dasar perencanaan pembangunan berbasis bukti. Kelima, UPT memberikan kontribusi penting terhadap pencapaian target RPJMN dan RPJPN, mengingat banyak indikator nasional sangat bergantung pada kualitas intervensi keluarga dan layanan KB di tingkat subnasional.

Dari perspektif implementasi kebijakan, pembentukan UPT memungkinkan pemerintah meningkatkan pengawasan, menutup kesenjangan antarwilayah, serta mempercepat adaptasi program terhadap dinamika demografi. Keberadaan UPT juga menciptakan struktur insentif yang mendorong daerah untuk meningkatkan kualitas layanan keluarga karena terdapat mekanisme pemantauan, evaluasi, dan supervisi yang lebih intensif. Dalam jangka panjang, UPT menjadi bagian integral dari arsitektur

pembangunan manusia Indonesia dan berfungsi sebagai pusat unggulan provinsi untuk pengembangan program keluarga.

Rekomendasi kebijakan utama yang dihasilkan dari naskah ini meliputi beberapa aspek strategis. Pertama, diperlukan penerbitan regulasi nasional sebagai dasar hukum pembentukan UPT, termasuk penataan peran, fungsi, tata hubungan kerja, dan kapasitas yang diperlukan. Regulasi harus mengatur dengan jelas hubungan kerja antara UPT dan OPD Provinsi maupun kabupaten/kota agar tidak terjadi tumpang tindih fungsi. Kedua, pemerintah perlu memastikan ketersediaan SDM kompeten di UPT dengan prioritas pada analis data, konselor keluarga, penyuluh KB senior, dan bidan supervisi. Sertifikasi kompetensi dan pelatihan berjenjang harus menjadi kewajiban yang difasilitasi oleh UPT. Ketiga, diperlukan penguatan sistem data keluarga melalui digitalisasi, integrasi lintas sektor, dan peningkatan kualitas input data. *Dashboard* provinsi yang terhubung dengan pusat harus dikembangkan sebagai alat pemantauan *real-time*. Keempat, koordinasi lintas sektor harus diformalisasi melalui forum provinsi yang difasilitasi UPT, sehingga intervensi keluarga dapat berjalan lebih terintegrasi. Kelima, diperlukan *roadmap* implementasi UPT yang jelas, meliputi tahap jangka pendek (pembentukan struktur dan SDM inti), menengah (konsolidasi fungsi teknis dan penguatan kapasitas), serta jangka panjang (pemantapan pusat unggulan provinsi). Keenam, diperlukan strategi pendanaan berkelanjutan yang memadukan dukungan APBN dan sinergi dengan pemerintah provinsi.

Pada akhirnya, pembentukan UPT Kemendukbangga/BKKBN Provinsi merupakan langkah fundamental dalam menata ulang tata kelola pembangunan keluarga di Indonesia. UPT berfungsi sebagai katalisator pembaruan kebijakan secara lebih adaptif, inklusif, dan berbasis bukti. Dengan menghadirkan struktur teknis yang kuat, pemerintah tidak hanya meningkatkan efektivitas kebijakan, tetapi juga memperkuat fondasi keluarga sebagai pilar utama pembangunan manusia Indonesia menuju 2045. Dengan demikian, urgensi pembentukan UPT tidak semata lahir dari kebutuhan administratif, melainkan dari komitmen negara untuk

membangun Indonesia yang berdaya saing, resilien, dan berorientasi pada kesejahteraan keluarga sebagai inti dari seluruh pembangunan nasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Agranoff, R. (2007). *Managing within networks*. Georgetown University Press.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- Bache, I., & Flinders, M. (2004). *Multi-level governance*. Oxford University Press.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2025). *Rencana Strategis BKKBN 2025–2029*. BKKBN.
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020*. BPS.
- Badan Pusat Statistik. (2021). *Sensus Penduduk 2020: Hasil Sementara Struktur Umur Penduduk*. BPS.
- Badan Pusat Statistik. (2023). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2020–2045*. BPS.
- Bappenas & BPS. (2023). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2020–2045 dan Implikasinya terhadap Pembangunan Nasional*. Kementerian PPN/Bappenas.
- Bappenas. (2022). *Proyeksi penduduk Indonesia 2020–2050*. Kementerian PPN/Bappenas.
- Bappenas. (2023). *Laporan Analisis Kependudukan dan Pembangunan Manusia*. Kementerian PPN/Bappenas.
- Bappenas. (2024). *RPJPN 2025–2045: Indonesia Emas 2045*. Kementerian PPN/Bappenas.
- Becker, G. (1993). *Human Capital*. University of Chicago Press.
- Bennett, C. (2018). *Public policy and administration*. Routledge.

- Black, R., Victora, C., Walker, S., et al. (2013). Maternal and child undernutrition. *The Lancet*, 382(9890), 427–451.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2011). *Economic Growth and Demographic Change*. *Population and Development Review*, 37(3), 563–589.
- Bloom, D., Canning, D., & Sevilla, J. (2003). *The demographic dividend*. RAND Corporation.
- Bogensneider, K., & Corbett, T. (2020). *Evidence-based policymaking for families*. Routledge.
- Bornstein, M. (2020). *Handbook of Parenting*. Psychology Press.
- BPS. (2023). *Statistik Indonesia 2023*. Badan Pusat Statistik.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2005). *The expanded family life cycle* (3rd ed.). Allyn & Bacon.
- Cherlin, A. (2014). *Labor's love lost: The rise and fall of the working-class family*. Russell Sage Foundation.
- Choe, M. K., Lee, J., & Park, H. (2020). Family policy and demographic transition in South Korea. *Asian Population Studies*, 16(2), 89–109.
- Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2019). Contraception and health. *The Lancet*, 380, 149–156.
- Cleland, J., et al. (2019). Contraception and health. *The Lancet*, 380, 149–156.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design* (5th ed.). SAGE Publications.

- Denhardt, J., & Denhardt, R. (2015). *The new public service*. Routledge.
- DiMaggio, P., & Powell, W. (1983). The iron cage revisited. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Dunn, W. N. (2018). *Public policy analysis* (6th ed.). Routledge.
- Easton, D. (1965). *A systems analysis of political life*. Wiley.
- Esping-Andersen, G. (2016). *Families in the twenty-first century*. Cambridge University Press.
- granoff, R. (2007). *Managing within networks: Adding value to public organizations*. Georgetown University Press.
- Grindle, M. (1997). *Getting good government*. Harvard University Press.
- Head, B. (2016). *Toward evidence-informed policy*. *Public Administration Review*, 76(3), 472–484.
- Head, B. (2016). *Toward more evidence-informed policymaking?* *Public Administration Review*, 76(3), 472–484.
- Hill, M., & Hupe, P. (2014). *Implementing public policy* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Hooghe, L., & Marks, G. (2010). *Multi-level governance and European integration*. Rowman & Littlefield.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (2020). *Studying public policy* (4th ed.). Oxford University Press.
- Hull, T., & Jones, G. (2017). *Fertility decline in Indonesia*. Asian Population Studies.
- IPCC. (2023). *Climate Change 2023: Impacts, Adaptation, and Vulnerability*. Intergovernmental Panel on Climate Change.

- Jones, G. (2023). *Fertility decline and family policy in Asia*. Springer.
- Kemendikdasmen. (2023). *Laporan pendidikan keluarga*. Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah.
- Kettunen, P., & Kallio, J. (2021). Data-driven public governance. *Public Management Review*, 23(11), 1620–1640.
- Knill, C., & Tosun, J. (2020). *Public policy: A new introduction*. Palgrave.
- lack, R., Victora, C., Walker, S., et al. (2013). Maternal and child undernutrition. *The Lancet*, 382(9890), 427–451.
- Lee, R., & Mason, A. (2014). Population aging and consumption. *Science*, 346(6206), 229–234.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy*. Russell Sage Foundation.
- Lynn, L., Heinrich, C., & Hill, C. (2001). *Improving governance*. Georgetown University Press.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives*. Prentice Hall.
- Minuchin, S. (2018). *Family therapy techniques*. Harvard University Press.
- Moore, M. (1995). *Creating public value*. Harvard University Press.
- Morgan, S. P. (2020). *Families in the Modern World*. Cambridge University Press.
- Notestein, F. (1945). Population: The long view. In *Food for the World*. University of Chicago Press.
- Osborne, S. P. (2010). *The new public governance?* Routledge.
- Patton, C., Sawicki, D., & Clark, J. (2019). *Basic methods of policy analysis and planning* (4th ed.). Routledge.

- Peters, B. G. (2021). *Governance, politics, and the state*. Palgrave Macmillan.
- Pierre, J., & Peters, B. G. (2020). *Governing complex societies*. Palgrave.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform* (4th ed.). Oxford University Press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform*. Oxford University Press.
- Pressman, J., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation* (3rd ed.). University of California Press.
- Preston, S., Heuveline, P., & Guillot, M. (2001). *Demography*. Blackwell.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations*. Sage..
- Preston, S., Heuveline, P., & Guillot, M. (2001). *Demography*. Blackwell.
- Preston, S., Heuveline, P., & Guillot, M. (2001). *Demography: Measuring and modeling population processes*. Blackwell.
- Rothgang, H., & Schmid, A. (2021). Multi-level governance in social policy. *Journal of European Social Policy*, 31(2), 132–146.
- Rothgang, H., & Schmid, A. (2021). Multilevel governance in social policy. *Journal of European Social Policy*, 31(2), 132–146.
- Sabatier, P., & Weible, C. (2014). *Theories of the policy process* (3rd ed.). Westview Press.
- Sabatier, P., & Weible, C. (2014). *Theories of the policy process* (3rd ed.). Westview Press.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations* (4th ed.). SAGE Publications.
- Smith, K. (2019). *Demography and public policy*. Oxford University Press.

- UN DESA. (2020). *World population ageing*. United Nations.
- UNDP. (2022). *Human Development Report 2022*. UNDP.
- UNESCO. (2022). *Global Education Monitoring Report*. UNESCO.
- UNFPA. (2020). *Family planning competency framework*.
- UNFPA. (2022). *World population dashboard*. United Nations Population Fund.
- UNFPA. (2023). *Population Dynamics and Development*. UNFPA.
- UNICEF. (2020). *The state of the world's children 2020*. United Nations Children's Fund.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.
- Weimer, D. L., & Vining, A. (2017). *Policy analysis: Concepts and practice*. Routledge.
- World Bank. (2019). *Demographic transition and development strategy in East Asia*. World Bank.
- World Bank. (2020). *World Development Report: Human Capital in a Changing World*. World Bank.
- World Bank. (2021). *The Future of Jobs in Digital Economy*. World Bank.
- World Bank. (2023). *Urban Population (% of Total Population)*. World Bank.
- World Health Organization. (2023). *State of the World's Population*. WHO.
- World Health Organization. (2024). *Global Demographic Outlook 2024*. WHO.