

MARI BICARA FAKTA

Catatan Masyarakat Sipil atas Satu Dekade

Pelaksanaan MDGs di Indonesia

MARI BICARA FAKTA

Catatan Masyarakat Sipil atas Satu Dekade
Pelaksanaan MDGs di Indonesia

Tim Penulis:

M. Firdaus, Wahyu Susilo, Atas Hendartini Habsjah, Yenny
Sucipto, Ulfa Hidayati, Tri Endang Sulistyowati, Hartoyo,
Syahrul Syah, Septiva H. Artati, Jumi Rahayu, Hamong Santono,
dan Mike Verawati

Editor:

Indriaswati Dyah Saptaningrum
George Junus Aditjondro
Agung Wasono



MARI BICARA FAKTA: Catatan Masyarakat Sipil atas Satu Dekade Pelaksanaan MDGs di Indonesia

Tim Penulis: M. Firdaus, Wahyu Susilo, Atas Hendartini Habsjah, Yenny Sucipto, Ulfa Hidayati, Tri Endang Sulistyowati, Hartoyo, Syahrul Syah, Septiva H. Artati, Jumi Rahayu, Hamong Santono, dan Mike Verawati

Penyunting: Indriaswati Dyah Saptaningrum, George Junus Aditjondro, dan Agung Wasono

Desain Isi dan Sampul: Tri Handoko

Gambar Kartun: Mail Sukribo dan ilustrasi dari *Bila Perempuan Tidak Ada Dokter* (INSISTPress, 2005)

PERPUSTAKAAN NASIONAL - Katalog Dalam Terbitan (KDT)

ISBN 978-602-8384-54-4

©Kemitraan, Jakarta

September 2012, cetakan pertama | 17x24 cm; xxxv + 130 halaman

Kerjasama Penerbitan:

Kemitraan (The Partnership for Governance Reform)

Jl. Wolter Monginsidi No.3 Kebayoran Baru, Jakarta Selatan 12110

Tel: +62 21-7279-9566

Fax: +62 21-720-5260/720-4916

Website: <http://www.kemitraan.or.id>

INFID (International NGO Forum on Indonesian Development)

Jl. Jatipadang Raya Kav.3 No.105 Pasar Minggu.

Jakarta Selatan, 12540 Indonesia.

Tel: +62 21 7819734, 7819735 Fax : +62 21 78844703

Email : infid@infid.org

Website: <http://www.infid.org/>

Dicetak oleh: INSISTPress

Jalan Raya Kaliurang Km.18, Pakembinangun, Sleman,

Yogyakarta 55582, Indonesia

Tel: +62 274 8594 244. Faks:: +62 274 896 403.

Email: press@insist.or.id

Web: <http://blog.insist.or.id/insistpress>

Pengantar INFID

Tidak bisa dipungkiri, nama Indonesia di dunia internasional semakin harum. Indonesia kini menjadi anggota G20 karena ke ekonominya tergolong 20 terbesar di dunia. Indonesia kini juga termasuk negara middle income dengan pendapatan per kapita 3.500 USD/tahun. Indonesia juga menjadi calon anggota OECD, klub negara-negara kaya di dunia. Yang terakhir, Presiden SBY menjadi anggota Panel Ahli yang ditunjuk dan memperoleh mandat dari sekjen PBB untuk merumuskan target pembangunan internasional paska 2015.

Namun demikian, sepertinya Indonesia masih harus bekerja keras dan para pemimpin Indonesia belum bisa dan tidak boleh berpuas diri. Mengapa? Salah satu soal adalah angka kematian ibu di Indonesia. Angka kematian ibu Indonesia masih tercatat tertinggi di antara negara middle income dan di wilayah Asia Tenggara. Angka kematian ibu Indonesia belum mencapai salah satu target MDGs 2015. Angka kematian ibu yang merupakan goal kelima dalam target MDGs 2015.

Tampaknya, pertumbuhan ekonomi Indonesia selama 10 tahun terakhir ternyata tidak otomatis menaikkan status sosial ekonomi semua warga, terutama kaum Ibu. Klaim bahwa pertumbuhan ekonomi “ibarat gelombang pasang yang menaikkan semua perahu” tidak sepenuhnya benar. Angka kematian Ibu memperlihatkan bahwa Indonesia harus mengejar negara-negara lain. Sepertinya, disamping pertumbuhan ekonomi, Indonesia masih harus memperjuangkan dan melengkapi dirinya dengan (a) kenaikan belanja sosial misalnya dalam hal jaminan kesehatan, dan perlindungan sosial, (b) mutu pelayanan publik yang lebih baik dalam arti lebih terjangkau dan lebih tidak diskriminatif. Misalnya saja memastikan pelayanan air minum dan sanitasi yang lebih mengjalau golongan miskin. Pada segi konsepsi, Indonesia masih harus membuktikan bahwa Negara mau dan mampu melayani dan melindungi kaum ibu dan kaum perempuan dengan sikap *equal concern and equal respect*.

Benar bahwa dewasa ini Indonesia sudah melaksanakan program perlindungan sosial seperti program PKH (Program Keluarga Harapan) yang memberikan dana tunai kepada golongan miskin dengan syarat mereka menyekolahkan anaknya dan memeriksakan kesehatannya (conditional cash transfer). Namun

demikian, di beberapa tempat yang sangat membutuhkan PKH belum dilaksanakan dan besaran manfaatnya juga masih terlalu minimal untuk dapat hidup secara bermartabat (decent life).

Disisi lain, Negara-negara maju juga punya kewajiban yaitu menyisihkan 0.7 % pendapatannya untuk disalurkan ke Negara-negara miskin dan berkembang. Sejauh ini hanya sedikit Negara maju yang sudah memenuhinya. Sebagai contoh baik adalah Australia yang dalam waktu beberapa tahun mendatang akan menaikkan alokasikan bantuan luar negerinya pada level 0.5% pada tahun 2015.

Peran utama laporan ini adalah agar kebijakan pembangunan Indonesia segera melakukan pemihakan terhadap kaum perempuan dan kaum ibu. Fakta-fakta yang dikumpulkan dalam laporan menunjukkan bahwa Indonesia belum melakukan pemihakan itu. Hal ini terlihat pada berbagai indikator, antara lain dalam hal alokasi anggaran kesehatan misalnya. Adalah baik untuk diingat oleh kita semua bahwa pertumbuhan ekonomi adalah sarana, bukan tujuan. Pertumbuhan ekonomi adalah sarat perlu, tetapi bukan syarat memadai untuk mengangkat nasib kaum ibu dan kaum perempuan Indonesia. Oleh karena itu, Pemihakan itu mesti menjadi lebih kuat, lebih luas dan lebih nyata.

Laporan ini disusun sejak September tahun 2011 sampai dengan Agustus 2012, metode penyusunan laporan ini terdiri dari setiap cluster / goal. Para penulisnya adalah mereka yang sehari-hari bergelut dalam bidang masing-masing, misalnya tulisan tentang Kesetaraan Gender Dan Pemberdayaan Perempuan ditulis oleh Mike Verawati dari Koalisi Perempuan Indonesia. Laporan ini sebenarnya ditarget untuk diselesaikan pada tahun 2011. Akan tetapi karena berbagai alasan dan kendala, finalisasi laporan ini sedikit banyak mengalami keterlambatan, salah satu sebabnya adalah pembuatan laporan terutama untuk goal 8 yang baru selesai pada bulan Juli 2012. Penulisan laporan ini terlaksana atas dukungan dari Kemitraan.

Sugeng Bahagijo

Direktur Eksekutif

Pengantar Kemitraan

Penulisan laporan masyarakat sipil bertajuk "MARI BICARA FAKTA; Catatan Masyarakat Sipil atas Satu Dekade Pelaksanaan MDGs di Indonesia" ini dilatarbelakangi kenyataan bahwa dalam beberapa kali Laporan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) yang dikeluarkan oleh Pemerintah Republik Indonesia selalu memberikan klaim bahwa upaya pembangunan milenium berada pada jalur yang sudah benar (*on the track*) seperti dapat dilihat dalam Laporan Pencapaian MDGs tahun 2004, 2007, 2009 dan 2010. Laporan pencapaian MDGs tersebut juga acapkali hanya menampilkan angka statistik masing-masing tujuan, target dan indikator tanpa berupaya melakukan evaluasi secara lebih mendalam terhadap program-program pemerintah dalam rangka percepatan pencapaian MDGs.

Selain itu, laporan lembaga internasional juga seringkali memberikan *warning* kepada Indonesia. Salah satunya adalah Laporan UNESCAP tahun 2006 yang menyatakan bahwa Indonesia termasuk 10 negara di kawasan Asia Pasifik yang berada pada posisi mengkhawatirkan dalam pencapaian MDGs. Dalam laporan Human Development Report, peringkat Human Development Index Indonesia makin memburuk. Jika di tahun 2006, Indonesia berada pada peringkat 107, di tahun 2007-2008 merosot ke peringkat 109, tahun 2009 berada di peringkat 111, pada tahun 2010 naik menjadi 108, namun pada tahun 2011 turun lagi menjadi 124. Hal ini menunjukkan bahwa betapa berat langkah menuju pencapaian MDGs di tahun 2015.

Pada sisi yang lain, berbagai organisasi masyarakat sipil di Indonesia juga telah memiliki banyak kajian dan bahkan program sebagai bentuk kerjasama dengan pemerintah maupun dunia internasional yang mempunyai tujuan sama yakni pencapaian MDGs di Indonesia. Namun hasil penelitian dan inisiatif-inisiatif yang lahir dari masyarakat sipil ini belum mendapatkan porsi dalam laporan pencapaian MDGs yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Berdasarkan hal tersebut, Kemitraan bersama dengan Koalisi Masyarakat Sipil untuk Pencapaian MDGs, yang beranggotakan lebih dari 35 Organisasi Masyarakat Sipil yang tersebar di Indonesia berinisiatif untuk membuat Laporan Masyarakat Sipil untuk melihat dengan perspektif lain yang lebih substansial tentang sepuluh tahun implementasi MDGs di Indonesia terutama

ditinjau dari Ekonomi, Pendidikan, Pemberdayaan Perempuan, Kesehatan, Lingkungan, dan Kerjasama Internasional.

Buku yang ada dihadapan para pembaca ini adalah kerjasama dari berbagai pihak, Kemitraan mengucapkan terimakasih kepada INFID (International NGO Forum on Indonesian Development), ASPPUK (Asosiasi Perempuan Pendamping Perempuan Usaha Kecil), Seknas FITRA, Kapal Perempuan, Koalisi Perempuan Indonesia, dan LSM lainnya yang tergabung dalam Koalisi Masyarakat Sipil untuk Pencapaian MDGs yang tidak bisa kami sebutkan satu persatu.

Kepada para penulis yakni M. Firdaus, Wahyu Susilo, Atas Hendartini Habsjah, Yenny Sucipto, Ulfa Hidayati, Tri Endang Sulistyowati, Hartoyo, Syahrul Syah, Septiva H. Artati, Jumi Rahayu, Hamong Santono dan Mike Verawati juga kepada editor buku yakni Indriaswati Dyah Saptaningrum, George Junus Aditjondro, dan Agung Wasono, Kemitraan mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya atas pengorbanan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menyajikan tulisan terbaiknya bagi laporan masyarakat sipil ini.

Semoga buku ini berguna dan mampu menghadirkan evaluasi pencapaian MDGs dari sisi lain terutama masyarakat sipil dan berguna pula sebagai pendorong gagasan-gagasan dan inovasi-inovasi dalam pemenuhan hak dasar warga negara di Indonesia.

Jakarta, September 2012

Wicaksono Sarosa

Direktur Eksekutif

DAFTAR SINGKATAN

1. ADB - *Asian Development Bank*
2. ADD - Anggaran Dana Desa
3. AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*
4. APBD - Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
5. APBN - Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
6. APK - Angka Partisipasi Kasar
7. APM - Angka Partisipasi Murni
8. ASA - Aksi Stop AIDS
9. ASEAN - The Association of Southeast Asian Nations
10. ASI - *Air susu ibu*
11. Askes – Asuransi Kesehatan
12. ASPBAE - Asian South Pacific Bureau of Adult Education
13. *ASPPIUK* - Asosiasi Pendamping Perempuan Usaha Kecil
14. BAPPEDA - Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
15. Bappenas - Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
16. BBM - *Bahan Bakar Minyak*
17. BI - Bank Indonesia
18. BKPK - Badan Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan
19. BLT - Bantuan Langsung Tunai
20. BNPB - Badan Nasional Penanggulangan Bencana
21. BOS - Dana Operasional Sekolah
22. BP4 - Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru
23. BPD - Badan Perwakilan Desa
24. BPKP - Badan Pemeriksa Kinerja Pembangunan
25. BPN - Badan Pertanahan Nasional
26. BPS - *Badan Pusat Statistik*
27. BPSDM - Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia
28. BRI - Bank Rakyat Indonesia
29. BTN – Bank Tabungan Negara
30. CAFTA - *China-Asean free trade agreement*

31. CEDAW - *Convention on Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan)
32. CFC – cloro fluoro carbon
33. CIFOR - The Center for International Forestry Research
34. CPO - *Crude Palm Oil*
35. DAK – Dana Alokasi Khusus
36. DAS - Daerah Aliran Sungai
37. DBD - Demam Berdarah Dengue
38. Dekel - Dewan Kelurahan
39. DFID - Departement for International Development
40. Ditjen PP & PL - Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI
41. DJSN - Organisasi Dewan Jaminan Sosial
42. DNPI - *Dewan Nasional Perubahan Iklim*
43. DOTS - *Directly Observed Treatment Shortcourse*
44. DPD - Dewan Perwakilan daerah
45. DPR RI - Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia
46. DPRD - Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
47. EFA - Education for All
48. ESDM - Energi dan Sumber Daya Mineral
49. FHI - Family Health International
50. FITRA - Forum Indonesia untuk Transparansi Anggaran
51. FKM UI - Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
52. GCE - *Global Campaign on Education*
53. GDP - *Gross Domestic Product*
54. GF - Global Fund
55. H1N1 - Flu Babi
56. H5N1 - Flu Burung
57. HAM – Ham Asasi Manusia
58. HCPI - Cooperation Program for Indonesia
59. HDI - Human Development Index

60. HGU - Hak Guna Usaha
61. HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
62. HTI - Hutan Tanaman Industri
63. IBI - Ikatan Bidan Indonesia
64. ICEDAW - *International Convention on Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*
65. ICW - *Indonesia Corruption Watch*
66. IDT - Inpres Desa Tertinggal
67. IMD - Inisiasi Menyusu Dini
68. IMF - *International Monetary Fund*
69. IMPACT - Integrated Management for Prevention and Control dan Treatment of HIV/AIDS
70. INPRES - Instruksi Presiden
71. IPAL - Instalasi Pengolahan Air Limbah
72. IPF - The Indonesia Partnership Fund
73. IPM - indeks pembangunan manusia
74. IUD - Intrauterine Device
75. Jamkesmas – Jaminan Kesehatan Masyarakat
76. Jamsosnas – Jaminan Sosial Nasional
77. Jamsostek – Jaminan Sosial Tenaga Kerja
78. Juknis - Petunjuk Teknis
79. KDRT - Kekerasan Dalam Rumah Tangga
80. Kepres – Keputusan Presiden
81. KHI - Kompilasi Hukum Islam
82. KKMB - konsultan keuangan mitra bank
83. KKN – Korupsi Kolusi dan Nepotisme
84. KLB – Kejadian Luar Biasa
85. KLHS - Kajian Lingkungan Hidup Strategis
86. Komnas – Komisi Nasional
87. KPA – Komisi Penanggulangan AIDS
88. KPK - Komite Penanggulangan Kemiskinan
89. KPKD - Komite Penanggulangan Kemiskinan Daerah

90. KPP – Kementrian Pemberdayaan Perempuan
91. KPR - Kredit Pemilikan Rumah
92. KTD - Kehamilan yang Tidak Diinginkan
93. KUBE - Kelompok Usaha Bersama
94. KUHAP - Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana
95. KUHP - Kitab Undang-Undang Hukum Pidana
96. KUR - Kredit Usaha Rakyat
97. KUT - Kredit Usaha Tani
98. LOI - *letter of Intent*
99. MBS - Manajemen Berbasis Sekolah
100. MDGs - Millenium Development Goals
101. MI - madrasah ibtidaiyah
102. MK – Mahkamah Konstitusi
103. MOU - *A memorandum of understanding*
104. MPR RI - *Majelis Permusyawaratan Rakyat* Republik Indonesia
105. MTS - Madrasah Tsanawiyah
106. NGO – *non government organization*
107. NTB - Nusa Tenggara Barat
108. NTT - Nusa Tenggara Timur
109. NU - Nahdhatul Ulama
110. ODS - Ozone Depleting Substances
111. Ormas – Organisasi Masyarakat
112. P2KP - Program Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan
113. P2MD - Proyek Pembangunan Masyarakat dan Pemerintah Daerah
114. P3DT - Pembangunan Prasarana Pendukung Desa Tertinggal
115. P4K - Pembinaan Peningkatan Pendapatan Petani-Nelayan Kecil
116. PDAM - Perusahaan Daerah Air Minum
117. PDM DKE - Program Pemberdayaan Daerah dalam Mengatasi Dampak Krisis Ekonomi
118. PEKKA - Perempuan Kepala Keluarga
119. Perdes - Peraturan Desa

120. PGI Persatuan Gereja-Gereja di Indonesia
121. PKM- Pemulihan Keberdayaan Masyarakat
122. PKT - Pengembangan Kawasan Terpadu
123. PNPM - Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
124. Poned - Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
125. POSYANDU - Pos Pelayanan Terpadu
126. PP - Peraturan Pemerintah
127. PPGBK - Pusat Pelatihan Gender Bidang Kesehatan
128. PPK - Program Pengembangan Kecamatan
129. PPLH - Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
130. PPP - *public private partnerships*
131. PPSW - *Pusat Pengembangan Sumberdaya Wanita*
132. PRB - Pengurangan Risiko Bencana
133. PRSP - *Poverty Reduction Strategy Program*
134. PRT - Pekerja Rumah Tangga
135. PU - Pekerjaan Umum
136. PUG - Pengarusutamaan Gender
137. PUHA - Pemenuhan Hak Anak
138. Puskesmas - Pusat Kesehatan Masyarakat
139. Raskin - Beras untuk rakyat miskin
140. REDD - Reducing Emissions from Deforestation and Forest Degradation
141. RKP - *Rencana Kerja Pemerintah*
142. RMI - Rimbawan Muda Indonesia
143. RPJM - Rencana Pembangunan Jangka Menengah
144. RPJMN - Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
145. RSUD - Rumah Sakit Umum Daerah
146. RUU - Rancangan Undang-Undang
147. SAP - *Structural Adjustment Program*
148. SBY – Susilo Bambang Yudhoyono
149. SD - Sekolah Dasar
150. SHK - Sistem Hutan Kerakyatan

151. SJSN - Sistem Jaminan Sosial Nasional
152. SLTA - Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
153. SLTP - Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
154. SMA – Sekolah Menengah Atas
155. SMP – Sekolah Menengah Pertama
156. SMU – Sekolah Menengah Umum
157. SNPK - Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan
158. SPKD - Strategi Penanggulangan Kemiskinan Daerah
159. SRI - *System Rice Intensification*
160. SUSENAS - Survei Sosial Ekonomi Nasional
161. TBC - Tuberkulosis
162. TKI – Tenaga Kerja Indonesia
163. TNP2K - Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
164. TPSP-KUD - Tempat Pelayanan Simpan Pinjam Koperasi Unit Desa
165. TPT - Tekstil Dan Produk Tekstil
166. UEDSP - Usaha Ekonomi Desa Simpan Pinjam
167. UMKM - Usaha Mikro Kecil Menengah
168. UNDP - *United Nations Development Programme*
169. UNEP - *United Nations Environment Programme*
170. UNESCAP - United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific
171. UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
172. UNFPA - United Nations Fund for Population Activities
173. UNICEF - United Nations Children's Fund
174. UU – Undang-Undang
175. UU Minerba – Undang-undang Pertambangan Mineral dan Batubara
176. UUD – Undang-Undang Dasar
177. WALHI – Wahana Lingkungan Hidup
178. WFP - *World Food Program*
179. WHO - *World Health Organization*
180. YAKKUM - Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum

DAFTAR ISI

Pengantar INFID~v

Pengantar Kemitraan ~vii

Daftar Singkatan ~ix

Daftar Isi ~xv

Analisis MDGs Lintas *Goal* ~xvii

1. Analisa Program Kemiskinan Paska Reformasi ~1
2. Pendidikan Dasar Untuk Semua; Dalam Ancaman Privatisasi Hak Dasar Rakyat ~17
3. Mendorong Kesetaraan Gender Dan Pemberdayaan Perempuan ~29
4. Penurunan Angka Kematian Bayi ~45
5. Stagnasi Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) Di Indonesia: *Luncurkan kebijakan yang berlandaskan pemenuhan hak* ~51
6. Berkutat Dalam Kubangan Yang Sama: Tinjauan Kebijakan tentang Pencapaian Target MDGs pada bidang Kesehatan di Indonesia ~67
7. Memadukan prinsip – prinsip pembangunan berkelanjutan ke dalam kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang ~99
8. Hitung Mundur Menuju Goal Di Tahun 2015 ~125



PAK,
ADA TAMU
DARI LEM-
BAGADO -
NOR !!

SSSTT,
SURUH TUNGGU
DAHULLU, SAYA
DANDAN KERE
DULU YA !!

Kasmal
sbfkrm@yahoo.com

Analisis MDGs Lintas Goal

Akhir 2008 para pemimpin negara kelompok 20 (G-20) telah melakukan pertemuan dengan agenda khusus membahas krisis global yang sedang terjadi. Dalam pertemuan tersebut disepakati 5 (lima) langkah bersama, yakni penguatan transparansi dan akuntabilitas, penguatan regulasi (menyangkut pengaturan, pengawasan yang *prudent*, manajemen risiko, dan penegakannya), mendorong integritas pasar keuangan, memperkuat kerja sama internasional, serta reformasi institusi keuangan internasional. Jika dicermati, hampir sebagian besar langkah-langkah tersebut berkait erat dengan problem *governance*, baik di sektor korporasi maupun publik. Ini membuktikan sebagian besar negara masih meyakini jika akar permasalahan terjadinya krisis global saat ini adalah problem *governance*.

Problem *governance* itu sendiri sebenarnya bukan masalah baru bagi berbagai negara di dunia termasuk Indonesia. Seiring dengan terjadinya krisis multidemensi yang melanda Indonesia pada 1997, hampir semua pihak sepakat pada satu hal yaitu salah satu penyebab pokok terjadinya krisis adalah buruknya tata laksana pemerintahan di Indonesia yang dibuktikan dengan tingginya praktik korupsi, kolusi dan nepotisme (KKN). Pembangunan yang berjalan manipulatif, elitis dan tidak berpihak pada kepentingan rakyat – kecuali berpihak pada kroni-kroni yang berada di lingkaran kekuasaan – adalah bukti konkrit *bad governance* di Indonesia.

Seiring dengan kegagalan pemerintahan Indonesia menghadapi krisis, di dunia juga mulai terjadi kristalisasi paradigma yang bermuara pada satu pandangan bahwa pembangunan yang berorientasi pada pertumbuhan ekonomi adalah langkah gagal dalam mewujudkan pemerataan kesejahteraan seluruh rakyat,

dengan mengambil contoh negara-negara dunia ketiga. Eksploitasi besar-besaran sumberdaya alam untuk menunjang pertumbuhan berbanding terbalik dengan sektor-sektor sosial yang cenderung terabaikan. Kemudian konsep ‘pembangunan partisipatif’ (*participatory development*) seiring dengan ‘pembangunan yang berkelanjutan’ (*sustainable development*) menjadi konsep alternatif untuk menjawab berbagai permasalahan tersebut di atas. Konsep ini kemudian terus berkembang menjadi konsep pembangunan berbasis komunitas (*community based development*) yang memposisikan masyarakat sebagai pelaku utama dalam pembangunan.¹

Dalam perkembangannya, perbaikan sektor ekonomi lebih fokus pada upaya perwujudan *good governance* yang diperkenalkan Bank Dunia pada dekade 90-an untuk mengatasi kemiskinan di Afrika.² Dalam praktiknya kata *governance* sering dirancukan dengan *government* sehingga upaya-upaya perbaikan lebih tertuju pada pemerintah (*government*). Badan-badan keuangan internasional mengambil prioritas untuk memperbaiki birokrasi pemerintahan di Dunia Ketiga dalam konsep *good governance* yang diperkenalkan.³

Dalam memahami konsep *good governance*, cukup menarik untuk mencermati pemikiran Meuthia Ganie yang berangkat dari pendefinisian *governance* yang diarahkan sebagai tradisi dan institusi yang menjalankan kekuasaan di dalam suatu negara, termasuk (1) proses pemerintah dipilih, dipantau, dan digantikan, (2) kapasitas pemerintah untuk memformulasikan dan melaksanakan kebijakan secara efektif, dan (3) pengakuan masyarakat dan negara terhadap berbagai institusi yang mengatur interaksi antara mereka. Unsur yang terakhir dilakukan melalui tiga struktur komunikasi, yaitu kewenangan, legitimasi, dan representasi. *Kewenangan* adalah hak pemerintah untuk membuat keputusan dalam bidang tertentu. Walaupun ini merupakan hak dari suatu pemerintah modern, namun yang terpenting adalah bagaimana melibatkan persepsi rakyat tentang tindakan yang perlu dilakukan pemerintah. *Legitimasi* diperoleh karena masyarakat mengakui bahwa pemerintah telah menjalankan peranannya dengan baik, atau kinerja dalam menjalankan kewenangan itu tinggi. *Representasi* diartikan sebagai hak untuk mewakili pengambilan keputusan bagi kepentingan golongan lain dalam kaitannya dengan alokasi sumber daya.⁴

1 Meuthia Ganie, *Good Governance dan Tiga Struktur Komunikasi Rakyat dan Pemerintah*, makalah yang disajikan pada Seminar “*Good Governance dan Reformasi Hukum*” di Jakarta, Agustus 1998.

2 World Bank, *Governance and Development*, Washington D.C. (1992).

3 Loina Lalolo Krina, *Indikator dan Alat Ukur Prinsip Akuntabilitas, Transparansi dan Partisipas* (Sekretariat Good Public Governance Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta: 2003), hal.3

4 Meuthia Ganie, *Op.Cit.*

Dengan pendekatan tersebut, Meuthia Ganie menegaskan bahwa *good governance* pada akhirnya tidak terbatas pada menjalankan wewenang dengan baik semata, tetapi –lebih penting lagi– adalah bagaimana masyarakat dapat berpartisipasi dan mengontrol pemerintah untuk menjalankan wewenang tersebut dengan baik (*accountable*). Oleh karenanya, konsep *good governance* yang baik akan selalu didasarkan pada “sebuah bangunan dengan 3 (tiga) pilar”. Ketiga pilar penyangga itu adalah transparansi, akuntabilitas, dan partisipasi.⁵ Senada dengan Meuthia, Loina juga menilai prinsip-prinsip utama yang melandasi *good governance* adalah akuntabilitas, transparansi dan partisipasi masyarakat.⁶ Ketiga pilar ini oleh Asian Development Bank dilengkapi dengan pilar keempat yaitu *predictability*.⁷

Dalam praktiknya, akuntabilitas, transparansi dan partisipasi —dalam kerangka perwujudan *good governance*— telah menjadi isu utama yang dikembangkan dalam berbagai kerangka peraturan perundang-undangan di Indonesia seiring dengan pelaksanaan otonomi daerah yang dimulai sejak tahun 1999. Sebagaimana halnya *good governance*, otonomi daerah juga merupakan jawaban atas kritik sistem sentralisasi pembangunan yang juga menjadi salah satu penyebab kesenjangan pertumbuhan ekonomi antara daerah dan pusat yang bermuara pada krisis. Dengan otonomi daerah diharapkan pembangunan akan lebih berjalan aspiratif. Sebab substansi otonomi daerah adalah penyerahan kewenangan pusat kepada daerah yang didasarkan pada asas desentralisasi dengan wujud otonomi yang luas, nyata, dan bertanggung jawab, dimana setiap daerah diberikan kewenangan dan keleluasaan untuk membentuk dan melaksanakan kebijakan menurut prakarsa dan aspirasi rakyatnya. Dengan demikian otonomi daerah tidak hanya diartikan sebatas otonomi pemerintah daerah saja, tetapi juga otonomi bagi rakyat di daerahnya.

Desentralisasi hanya dapat dilaksanakan jika dalam setiap program pembangunannya, masyarakat dilibatkan secara aktif. Hal ini sesuai dengan tujuan utama dari otonomi daerah itu sendiri yang menginginkan terwujudnya penyelenggaraan pemerintahan yang lebih efisien, transparan dan aspiratif dengan memberikan keleluasaan kepada daerah untuk menjalankan program pembangunannya sesuai dengan kondisi, kebutuhan, dan kemampuan daerahnya masing-masing. Dalam upaya menerjemahkan kondisi, kebutuhan, dan kemampuan daerah tersebut tentu saja mutlak dibutuhkan partisipasi langsung dari masyarakat.

5 Ibid.

6 Loina Lalolo Krina. Op. Cit.

7 Asian Development Bank, *Public Administration in The 21st Century* (dalam Loina, Op.Cit), hal 7.

Oleh karena itu *good governance* —yang membawa prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi— pada akhirnya mampu bersinergi dengan pelaksanaan otonomi daerah. Sinergitas tersebut dinilai merupakan langkah paling efektif untuk mewujudkan kesejahteraan seluruh masyarakat di daerah melalui kebijakan pembangunan yang lebih populis dan aspiratif yang menempatkan rakyat sebagai subyek dan berdaulat (*the sovereign*), tanpa perlu ada lagi diskriminasi dan marjinalisasi terhadap seluruh rakyat.

Dalam praktiknya, kunci dari penyelenggaraan *good governance* dalam kebijakan otonomi daerah akan bermuara pada kebijakan pembangunan yang tertuang dan terangkum dalam APBD. Dengan menilai APBD akan diketahui sejauh mana kebijakan pemerintah berpihak pada peningkatan kesejahteraan rakyatnya. Oleh karena itu menjadi benar jika kemudian prinsip-prinsip transparansi, partisipasi dan akuntabilitas yang menjadi roh dari *good governance* selalu mewarnai setiap peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kebijakan pengelolaan keuangan negara/daerah.

Namun upaya perwujudan APBD yang berpihak pada rakyat (miskin) memang tidak mudah diwujudkan. Dari catatan akhir tahun terhadap pengelolaan APBD di 20 daerah simpul jaringan Forum Indonesia untuk Transparansi Anggaran (FITRA), 75% belanja di daerah masih didominasi oleh belanja pegawai daripada belanja pelayanan publik. Padahal belanja pelayanan publik dalam nomenklatur anggaran juga tidak serta merta mencerminkan kepentingan publik.⁸

Kebijakan Alokasi Anggaran untuk Pencapaian Target MDGs

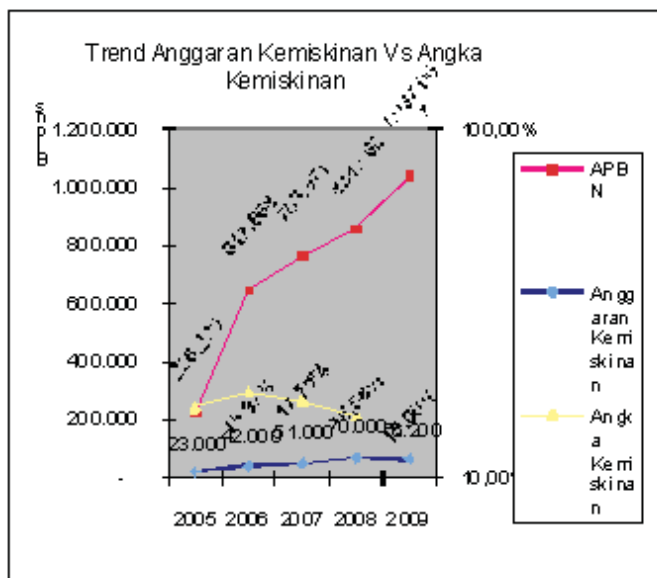
KEMISKINAN. Berdasarkan data BPS, garis kemiskinan di Indonesia pada tahun 2003 angka pendapatan penduduk sebesar Rp 139.000 di perkotaan dan Rp 107.000 di pedesaan. Sementara jumlah penduduk miskin yang memiliki pendapatan digaris kemiskinan sekitar 17,4% atau sekitar 36,5% dari total penduduk



⁸ Hal ini mengingat dalam belanja pelayanan publik, belanja-belanja unit kerja termasuk belanja overhead dan gaji pegawai (yang sebenarnya merupakan belanja aparatur) masih dimasukkan ke dalam kategori pelayanan publik, seperti belanja unit kerja DPRD, dinas pendidikan dan dinas kesehatan.

Indonesia. Untuk mengurangi jumlah kemiskinan secara signifikan, minimal diperlukan anggaran sekitar 5-9% dari GDP setiap tahunnya atau sekitar Rp 115 – 200 triliun⁹.

Masih terdapat sepertiga hingga setengah penduduk Indonesia yang rentan terjebak ke bawah garis kemiskinan, sehingga Paling tidak diperlukan paling sedikit Rp 103 triliun setiap tahunnya untuk memenuhi hak-hak dasar orang miskin yang terdiri dari pendidikan, kesehatan, sanitasi dan pangan. Pengangguran di



Indonesia juga masih sangat tinggi. Dari total penduduk 210 juta sebanyak 23,66 juta (11,3% dari total penduduk) adalah pengangguran. Angka pengangguran tersebut terdiri dari angka pengangguran tinggi (benar-benar pengangguran) mencapai 10,25 juta (4,9% dari total penduduk), dan setengah pengangguran mencapai 13,41 juta (6,4% dari total penduduk)¹⁰.

Berdasarkan laporan terakhir dari Susenas BPS 2010, jumlah penduduk miskin sebanyak 31,68 juta jiwa (13,3%). Jika bercermin pada Rencana Kerja Pemerintah (RKP) tahun 2006, target pemerintah dalam menurunkan angka kemiskinan dari 15,1% menjadi 13,35% ternyata gagal tercapai. Untuk tahun 2009, angka kemiskinan ditargetkan akan turun menjadi 12%, namun target ini kembali gagal dicapai karena pada tahun 2009 prosentase kemiskinan di Indonesia masih 14,2 % dan bahkan tahun 2010 masih 13,3%. Sejak tahun 2000 sampai 2010 rata-rata penurunan angka kemiskinan di Indonesia hanya 0,58% tiap tahunnya.

Alokasi Anggaran Tidak Menjawab Persoalan Kemiskinan. Pemerintah mungkin boleh saja mengklaim bahwa anggaran untuk pengentasan kemiskinan telah dinaikkan dari Rp 23 Trilyun pada tahun 2005 menjadi Rp 66,2 Trilyun pada tahun 2009 untuk membuktikan bahwa pemerintah memiliki komitmen dalam pengentasan kemiskinan. Namun jika dicermati dari prosentase dalam APBN justru sebaliknya, karena turun dari 10,2% pada APBN 2005 menjadi

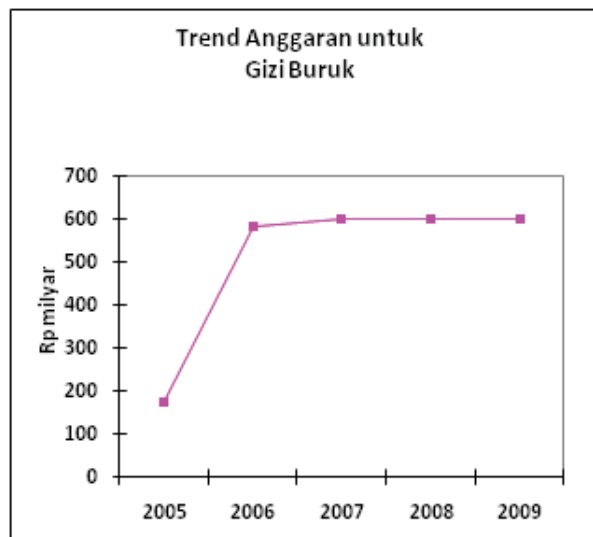
9 Laporan Pembangunan Manusia Indonesia 2004 oleh UNDP dan Bappenas

10 Pelita, 13 Desember 2005

hanya 6,4% pada tahun 2009.

Jika dilihat dari tingkat efektifitas anggaran dan realisasi program, ternyata 5 tahun kinerja pemerintah dalam pengentasan kemiskinan sama sekali tidak efektif sehingga peningkatan alokasi anggaran yang dilakukan sia-sia. Tahun 2005 anggaran kemiskinan baru mencapai 23 Trilyun lalu ditingkatkan 3 kali lipat menjadi Rp 70 Trilyun pada tahun 2008 namun hanya berhasil menurunkan angka kemiskinan kurang dari 1 %, dari 15,97% tahun 2005 menjadi 15% tahun 2008. Ini membuktikan, program-program kemiskinan yang tersebar di berbagai Kementerian/Lembaga dan tersentralisasi di Pemerintah Pusat dalam bentuk dana dekonsentrasi terbukti tidak efektif mengatasi persoalan kemiskinan karena tidak disertai *political will* yang kuat dari pemerintah.

Proporsi Anggaran untuk Malnutrisi Anak. Pada tahun 2004 diperkirakan sekitar 5 juta balita menderita gizi kurang (berat badan menurut umur), 1,4 juta diantaranya menderita gizi buruk. Dari balita yang menderita gizi buruk tersebut 140.000 menderita gizi buruk tingkat berat yang disebut *marasmus*, *kwashiorkor*, dan *marasmus-kwashiorkor*, dan total kasus gizi buruk sebanyak 76.178 balita.



Pengurangan jumlah penderita malnutrisi menjadi salah satu target MDGs. Indonesia berkomitmen untuk mengurangi hingga setidaknya tinggal 18% penduduk yang mengalami malnutrisi pada tahun 2015, dimana angka untuk tahun ini masih tercatat 30%. Program perbaikan gizi masyarakat dalam 5 tahun berjalan telah masuk dalam program tugas wajib pemerintah daerah juga. Namun keseriusan pemerintah untuk menanggapi persoalan gizi buruk masih jauh dari harapan, hal ini dapat dilihat dari kebijakan alokasi anggaran untuk sektor kesehatan dalam 5 tahun berturut-turut hanya berkisar 2 s/d 2,5% dari total APBN. Pemerintah hanya mengalokasikan sekitar Rp 175 miliar pada tahun 2005 melalui dana dekonsentrasi, Rp 582 miliar ditambah Rp112,5 Miliar tahun 2006 melalui dana dekonsentrasi juga yang digunakan untuk

operasional Posyandu. Sedangkan alokasi pada tahun 2007 Rp 600 M. Dan menurut hasil analisis tahun anggaran 2009, alokasi anggaran untuk perbaikan gizi hanya sebesar Rp 600 miliar dengan jumlah kasus tercatat 33 juta balita. Jika dibagi dengan 33 juta balita bergizi buruk hasilnya sangat menyedihkan, karena setiap anak penderita gizi buruk hanya mendapatkan Rp 18 ribu per kasus per tahun.

Jika melihat target pencapaian malnutrisi anak tahun 2015 sebesar 3,3% gizi buruk dan 18% gizi kurang dapat diyakini akan sulit tercapai karena sampai saat ini angka pencapaian masih diposisi tinggi yaitu 8,8% gizi buruk dan 28% gizi kurang.

PENCAPAIAN PENDIDIKAN DASAR BAGI SEMUA. Pencapaian target MDGs yang berkaitan dengan sektor pendidikan terdiri dari 3 indikator, antara lain: 1) Angka Partisipasi Murni SD/MI, 2) Angka Partisipasi Murni SMP/MTS dan 3) Angka melek Huruf usia 15-25 tahun. Berdasarkan data tahun 2007, pencapaian APM untuk jenjang SD/MI baru mencapai 94,9% dari target 99,6%. Angka 0,2% merupakan capaian yang relatif sangat kecil dari APM SD/MI tahun 2006 yang hanya mencapai 94,73%. Sedangkan APK SMP/MTs mencapai 92,52% dari target APM pada RPJMD sekitar 98% dan hanya menunjukkan kenaikan sebesar 3,84% dari capaian APK tahun sekitar 88,68%¹¹.

Dengan demikian, jika dilihat dari dua (2) capaian APM SD/MI dan APK SMP/MTS masih tersisa 4,70% anak usia 7-12 tahun yang belum memiliki akses untuk menyelesaikan jenjang sekolah SD/MI dan masih sekitar 5,48% anak usia 12-15 tahun jenjang SMP/MTs.

Sedangkan untuk proporsi buta aksara usia 15 tahun keatas dari 15,4 juta (10,2%) tahun 2004 menjadi 12,88 juta (8,44) di tahun 2006, kemudian tahun 2007 menurun lagi menjadi 11,87 juta (7,33), dan tahun 2008 kembali mengalami penurunan menjadi 10,16 juta (6,22%). Meskipun terjadi penurunan pada proporsi buta aksara, namun penurunan tersebut terkesan sangat lamban. Apalagi sekitar 6,6 juta jiwa adalah perempuan, dan pemerintah pada tahun 2009 menargetkan jumlah buta aksara paling tidak tinggal 7,7 juta atau sekitar 5% saja.

Kebijakan anggaran pendidikan dalam pencapaian MDGs. 20% anggaran pendidikan dalam APBN 2009 lebih dari sebuah skenario atas rendahnya

11 Sumber data: Dokumen RKP tahun 2009

komitmen pemerintah. Sepanjang tahun anggaran 2005 hingga 2009, APBN mengalami peningkatan yang signifikan hingga mencapai 83,4 persen dari Rp 565,07 triliun (2005) menjadi Rp 1,037.06 triliun (2009). Namun kebijakan



tersebut tidak dibarengi dengan komitmen keberpihakan pemerintah terhadap kebutuhan dasar rakyat khususnya terkait sektor pendidikan. Selama periode 2005-2008, pemerintah sangat lamban merespon 20 persen anggaran pendidikan. Secara linier, rata-rata alokasi anggaran fungsi pendidikan hanya dialokasikan sebesar Rp 49,08 triliun atau berkisar antara 6 persen hingga 7,5 persen terhadap total belanja Negara (*sudah termasuk gaji tenaga kependidikan dan pendidikan*

kedinasan).

Sumber : Seknas FITRA, diolah dari dokumen APBN 2005-2008.

Ketidakadilan pemerintah dapat dilihat dari perbandingan dengan pembayaran utang luar negeri, yang secara linier pertahunnya sekitar Rp 135,02 triliun atau mencapai 13 - 22 persen terhadap total belanja Negara. Dengan perbandingan 3 banding 1.

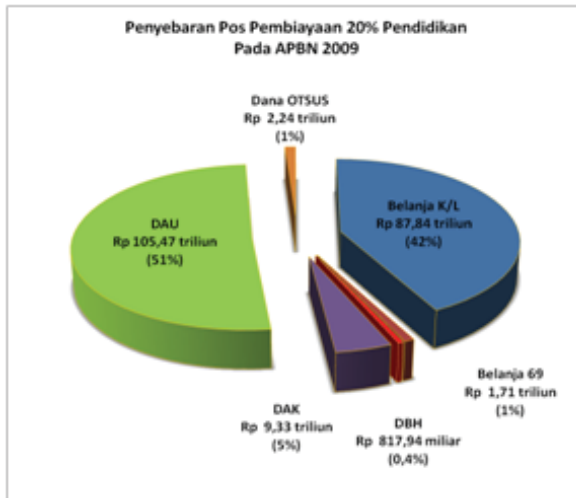
Meskipun dalam APBN 2009 telah dialokasikan anggaran pendidikan sebesar Rp 207,41 triliun atau setara 20 persen terhadap total belanja Negara, namun keputusan tersebut masih jauh dari semangat pasal 31 ayat (4) UUD 1945. Sebab formulasi perhitungan anggaran pendidikan dalam APBN 2009 ternyata masih menyertakan gaji pendidik (baca: guru) dalam formulasi perhitungan anggaran pendidikan¹². Jauh sebelum putusan MK, pemerintah sudah lebih dulu memasukkan pernyataan klausul gaji pendidik dalam penjelasan simulasi perhitungan anggaran pendidikan didalam penjelasan UU 18/2006 tentang APBN 2007 dan UU 45/2007 tentang APBN 2008. Lalu pemerintah menyertakan pula UU 14/2005 tentang Guru dan Dosen dalam landasan penyusunan dan penetapan APBN. Terkesan ada skenario yang dibuat sendiri

12 Putusan MK Nomor 13/PUU-VI/2008 tanggal 13 Agustus 2008.

oleh pemerintah, untuk memanipulasi pemenuhan 20 persen APBN untuk pendidikan dengan memasukkan gaji pendidik dalam formulasi penghitungan.

Padahal jauh sebelum pemerintahan sekarang, gaji pendidik telah dialokasikan tersendiri dalam komponen belanja pegawai pada belanja pemerintah pusat

dan dana transfer. Hal ini sudah merupakan kewajiban pemerintah untuk memberikan gaji kepada aparaturnya (pegawai Negara).



Penyebaran Anggaran 20 persen dan ketidakjelasan penggunaannya untuk pembangunan pendidikan, Pada UU APBN 2009, Pemerintah mengklaim telah mengalokasikan 20% anggaran pendidikan.

Anggaran pendidikan ditempatkan

pada 21 pos pembiayaan yang terdiri dari 16 pos belanja kementerian/lembaga, 1 pos belanja non-K/L (belanja lain-lain) dan 4 pos belanja transfer. Pos terbesar pembiayaan pendidikan ditempatkan di pos dana transfer sekitar 56,8% atau sebesar Rp 117, 86 triliun yang sebagian besar digunakan untuk kebutuhan gaji pendidik dan peningkatan kesejahteraan lainnya. Sedangkan sisanya sekitar 43,2% atau sebesar Rp 89,55 triliun ditempatkan pada pos K/L dan pos belanja lain-lain untuk mendanai program/kegiatan pendidikan serta manajemen dan pendidikan kedinasan. Dalam komponen belanja transfer, pemerintah juga mengalokasikan anggaran pendidikan melalui Dana Bagi Hasil, yang selama ini tidak pernah memasukan komponen dari bagi hasil pendidikan.

Padahal Dana Bagi Hasil yang masuk ke pendapatan Daerah tersebut tidak menjamin akan dialokasikan untuk program pendidikan.

Rendahnya dukungan APBD untuk pendidikan, Catatan Seknas FITRA terhadap APBD 2008 di 29 kabupaten/kota menunjukkan kerdilnya



komitmen pemerintah daerah untuk memajukan pendidikan. Setelah dikurangi Dana Alokasi Khusus Pendidikan (DAK), rata-rata pemerintah daerah hanya berkomitmen mengalokasikan belanja langsung pendidikan 4,7% dari total belanja APBD. Anggaran pendidikan hanya dialokasikan antara 1,4% hingga 8,8%.

Kondisi ini tidak jauh berbeda dengan catatan Seknas FITRA pada APBD tahun 2006 di 7 kabupaten/kota. Rata-rata hanya mengalokasikan belanja langsung pendidikan sekitar 3%.

Berdasarkan catatan diatas, maka jelas diketahui bahwa baik pemerintah pusat maupun daerah belum memiliki komitmen yang sungguh-sungguh untuk menyediakan anggaran bagi penyelenggaraan layanan pendidikan secara langsung. Apalagi dengan adanya putusan Mahkamah Konstitusi untuk memasukan gaji guru dalam perhitungan 20% anggaran pendidikan di APBD maka akan semakin sulit dukungan APBD untuk mendukung agenda MDGs. Mahalnya biaya sekolah yang dipungut oleh pihak sekolah, akan berdampak pada semakin hilangnya kesempatan orang miskin bersekolah.

MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN. Dalam konstruksi budaya patriarkhi yang masih kental saat ini, kelompok perempuan masuk ke dalam kelompok termiskin dari masyarakat miskin. Selain termiskinkan oleh kebijakan, mereka juga termiskinkan oleh stereotip dan kultur yang masih memandang mereka sebagai subordinat laki-laki sehingga termarginalkan dari segala akses sumber daya.

Namun pemerintah belum peka atas masalah ini. Kebijakan yang berjalan terbukti masih jauh dari kepekaan gender, sehingga melahirkan ketidakadilan bagi perempuan. Dampak dari ketimpangan gender dapat dilihat dari data BPS tahun 2000, dimana perbedaan kemampuan membaca menulis antara laki-laki dan perempuan masih tinggi berbanding 56,9% : 88,1%. Ketimpangan ini secara tidak langsung telah memberikan kontribusi terhadap timpangnya perbandingan laki-laki perempuan yang bekerja pada sektor informal dengan perbandingan 29,6% : 39,2%.

Partisipasi sejajar antara laki-laki dan perempuan dalam kehidupan publik merupakan salah satu prinsip mendasar yang diamanatkan di dalam konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW). Data Susenas dalam laporan per 25 Agustus tahun 2005, untuk jenjang SD/MI rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan terhadap laki-laki selalu

di sekitar angka 100. Namun rasio APM perempuan terhadap laki-laki untuk jenjang SMP/MTs tahun 2004 sebesar 103,4. Adanya rasio Angka Partisipasi Kasar (APK) perempuan terhadap laki-laki tampak, bahwa partisipasi perempuan pada jenjang SMP/MTs lebih tinggi dibandingkan laki-laki dengan rasio sebesar 103,1 pada tahun 2003.

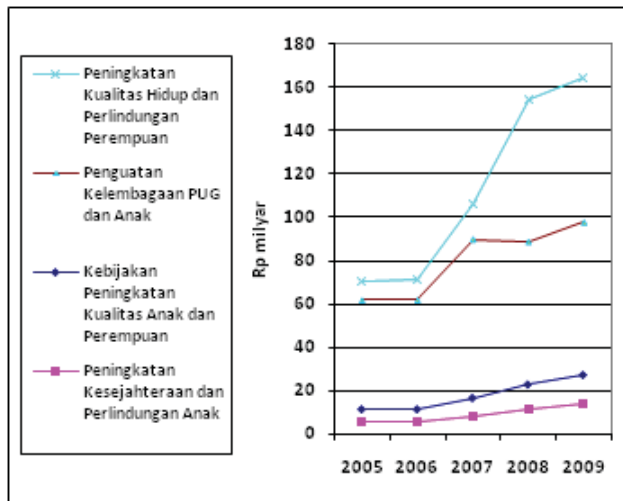
Kesenjangan tingkat melek aksara laki-laki dan perempuan juga semakin kecil, yang ditunjukkan oleh meningkatnya rasio angka melek aksara penduduk perempuan terhadap penduduk laki-laki usia 15-24 tahun dari 97,9 persen pada tahun 1990 menjadi 99,7 persen pada tahun 2004. Apabila kelompok penduduk usia diperluas menjadi 15 tahun ke atas, maka tingkat kesenjangan melek aksara penduduk laki-laki dan perempuan menjadi semakin lebar dengan rasio melek aksara perempuan terhadap laki-laki sebesar 92,3 persen. Data tahun 2004, menunjukkan rasio melek aksara perempuan terhadap laki-laki sebesar 99,2 untuk kelompok termiskin dan sebesar 99,9 untuk kelompok terkaya.

Problem Mendasar Pemberdayaan Perempuan. Pelaksanaan pengarus-utamaan gender masih sulit dilaksanakan walupun telah memiliki Instruksi Presiden nomor 9 tahun 2000. Hal ini disebabkan karena kendala struktural dan persoalan birokrasi yang dianggap menjadi penghalang besar. Menempatkan isu perempuan dalam kementerian khusus adalah bentuk memarjinalkan perempuan yang cara penyelesaiannya menjadi parsial. Namun yang menjadi perhatian adalah sejauh mana pemerintah telah memberikan kebijakan terhadap kementerian dalam memberikan kewenangan penuh untuk meningkatkan penanganan lintas bidang dan sektor dengan desain kebijakan nasional yang menempatkan isu perempuan sebagai arus utama sehingga keberadaan Kementerian Pemberdayaan Perempuan (KPP) bukan hanya sebagai pelengkap atau hanya sekedar hiasan saja.

Kebijakan untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan masih setengah hati diimplementasikan, hal ini terlihat adanya beberapa problem mendasar yang muncul, antara lain:

Pemerintah Setengah Hati Terhadap Isu Perempuan. Kebijakan yang diberikan oleh pemerintahan masa kepemimpinan 2005 – 2009 untuk isu perempuan sangat menyedihkan. Terlihat dalam 5 tahun anggaran untuk KPP hanya berkisar antara 0,02% dari total APBN.

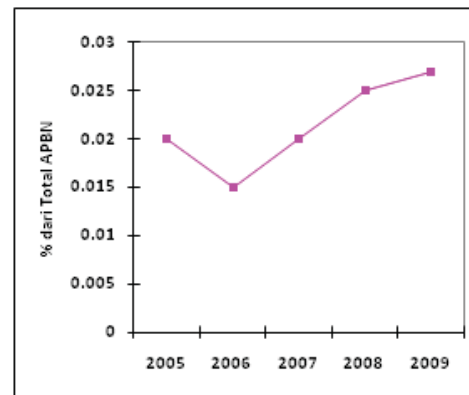
Anggaran untuk Kualitas Hidup dan Perlindungan untuk Perempuan.



Berdasarkan temuan Komnas Perempuan, angka kekerasan terhadap perempuan yang dilaporkan setiap tahun. Menunjukkan jumlah kasus terakhir adalah 34.665 (2007), dan mengalami kenaikan dari tahun-tahun sebelumnya. Berdasarkan jenisnya, jumlah kekerasan dalam rumah tangga adalah 74% kasus (tertinggi), kekerasan dalam komunitas

23% (termasuk kasus buruh migran dan trafficking), kekerasan negara 0,1% dan 2% lainnya sulit dikategorikan jenisnya. diantaranya adalah kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Data tersebut merupakan kompilasi dari 258 lembaga di 32 provinsi dan rata-rata menangani sekitar 40 hingga 95 kasus kekerasan.

Peran KPP yang bergerak dalam isu perempuan memang perlu dievaluasi. Jika dicermati, memang belum ada keseriusan dari pemerintah khususnya KPP untuk dapat meningkatkan perlindungan terhadap perempuan terlihat kebijakan anggaran yang hanya dialokasikan sekitar 160 - 200 miliar, dan itu pun hanya diimplementasikan dalam program seputar pelatihan dan sosialisasi bukannya pada data Komnas Perempuan tentang Perda intervensi pada sebuah kebijakan.



1. **Koordinasi Instansi Lemah.** Lemahnya sistem koordinasi internal maupun eksternal di tubuh KPP memberikan kendala dalam mengimplementasikan visi pemberdayaan perempuan, hal ini berdampak terhadap pelaksanaan program selama 5 tahun berjalan yang hanya berputar pada tataran sosialisasi saja.
2. **Data Tidak Berbicara.** Lemahnya data di tingkat nasional dan daerah,

sehingga terdapat duplikasi program yang berjalan dan target yang tak terukur merupakan cermin kegagalan kinerja KPP dalam menjalankan fungsinya.

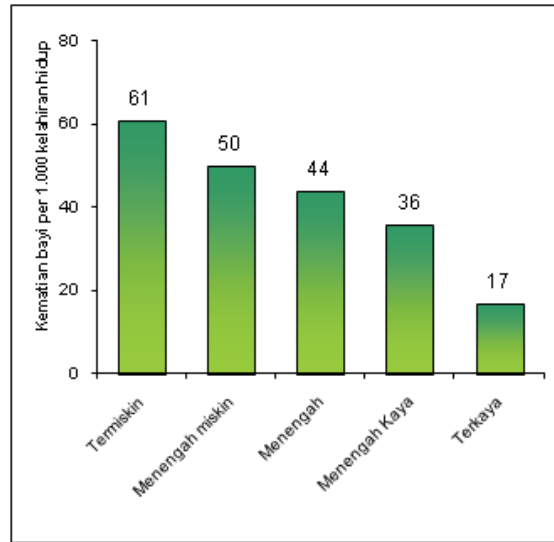
MENINGKATKAN KESEHATAN IBU DAN MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK. Pada saat ini telah diperkirakan 228 orang ibu meninggal tiap 1.000 proses persalinan di Indonesia. Angka Kematian Ibu saat melahirkan yang telah ditargetkan dalam MDGs pada tahun 2015 adalah 110, dengan kata lain Percepatan sangat dibutuhkan sebab pencapaian target tersebut masih cukup jauh. Indonesia dianggap belum mampu mengatasi tingginya angka kematian ibu yang 307 per 1.000 kelahiran hidup. Berarti setiap tahunnya ada 13.778 kematian ibu atau setiap dua jam ada dua ibu hamil, bersalin, nifas yang meninggal karena berbagai penyebab. Kecenderungan perbandingan pada tahun 1990 yang masih 450 per 1.000 kelahiran hidup namun target MDGs yang 125 per 1.000 kelahiran hidup terasa sangat berat untuk dicapai tanpa upaya percepatan.

Data Susenas tahun 2001 memperlihatkan bahwa hanya sebanyak 45,83% kelahiran yang ditolong oleh bidan di pedesaan. Jumlah bidan di seluruh Indonesia berdasarkan IBI (Ikatan Bidan Indonesia) saat ini hanya sekitar 80.000 orang. Namun jumlah bidan di desa terus menyusut dari 62.812 bidan pada tahun 2000 menjadi 39.906 bidan pada tahun 2003. Dan menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2000, sekitar 80% penduduk Indonesia bermukim di sekitar 69.061 desa dan saat ini sekitar 22.906 desa tidak memiliki bidan desa. Penurunan jumlah bidan dan honor bidan desa diasumsikan merupakan dampak dari desentralisasi. Karena pembayaran gaji atau honor bidan desa yang dahulu ditanggung oleh pemerintah pusat sekarang dibebankan kepada pemerintah daerah, dan banyak pemerintah daerah yang tidak mau atau tidak mampu membayar gaji atau honor bidan desa tersebut. Akibatnya, jumlah bidan desa mengalami penurunan yang sangat drastis.

Alokasi dana untuk kesehatan selama ini lebih banyak untuk mensubsidi rumah sakit daripada untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, dimana kesehatan reproduksi perempuan menjadi salah satu bagian dari kategori kesehatan dasar. Begitupun dengan sedikitnya ketersediaan tenaga kesehatan yang mudah diakses dengan biaya murah, terutama di daerah-daerah terpencil. Kenyataan ini menunjukkan ketidakseriusan pemerintah dalam menangani masalah kematian ibu melahirkan.

Angka Kematian Bayi dan Balita di Indonesia masih tertinggi di Asia.

Indonesia masih harus berjuang keras untuk memperbaiki indikator pembangunan kesehatan khususnya tingkat kematian bayi karena tren angka kematian bayi selama lima tahun terakhir belum menurun. Di tingkat ASEAN, angka kematian bayi di Indonesia mencapai 35 per 1000 kelahiran hidup yaitu hampir 5 kali lipat dibandingkan dengan angka kematian bayi Malaysia, hampir 2 kali dibandingkan dengan Thailand dan 1,3 kali dibandingkan dengan Philipina.



Sedangkan untuk menurut data pemerintah bahwa Angka Kematian balita mengalami penurunan yang cukup tajam dari 82,6 per 1.000 menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup. Namun ironisnya, kasus kematian bayi banyak terjadi pada keluarga miskin dan sebagian besar penyebab utamanya adalah disebabkan oleh akses, biaya, pengetahuan dan perilaku

APBN Meningkat namun Anggaran Kesehatan Tetap. Dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, sejak tahun 2005 sampai dengan tahun 2009 anggaran kesehatan tidak mengalami peningkatan berarti. Padahal APBN meningkat tajam dari Rp. 226 Trilyun ditahun 2005 menjadi 1,032 Trilyun di tahun 2009. Namun anggaran kesehatan justru mengalami penurunan prosentase dari 3,1% pada tahun 2005 menjadi 1,67% tahun 2009.

Lebih Baik Mengobati daripada Mencegah. Belanja program kesehatan masih difokuskan untuk mengobati ketimbang mencegah. Alokasi terbesar program kesehatan dalam 5 tahun terakhir, dialokasikan untuk kesehatan yang sifatnya kuratif seperti kesehatan perorangan, obat dan kesehatan masyarakat atau Puskesmas. Sementara belanja-belanja kesehatan yang bersifat preventif masih belum memadai.

MEMERANGI HIV DAN AIDS. Perkembangan kasus HIV/AIDS di Indonesia sendiri sudah sampai pada tingkat yang mengkhawatirkan. Berdasarkan catatan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI (Ditjen PP & PL), sampai dengan 30 Juni 2006

kasus HIV/AIDS secara kumulatif telah mencapai angka 10.859 kasus dengan rincian 6.332 jiwa penderita AIDS dan 4.527 jiwa pengidap HIV¹³. Sampai akhir September 2008, Departemen Kesehatan mencatat 21.151 orang di Indonesia terinfeksi HIV, 15.136 orang dalam fase AIDS, dan 54,3 persen di antaranya kaum muda berusia 15-29 tahun¹⁴.

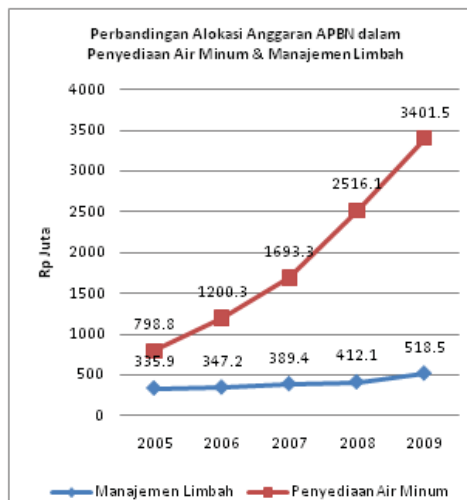
Ironisnya, prosentase tertinggi terdapat pada usia produktif (54,12% kelompok usia 20-29 tahun dan sekitar 26,41% pada kelompok usia 30-39 tahun disusul kelompok umur 40-49 tahun sebesar 8,42%)¹⁵.

Meskipun data ini merupakan data resmi dari pemerintah, namun data sesungguhnya tidak ada yang tahu berapa persisnya, karena HIV/AIDS adalah fenomena gunung es, apa yang terlihat hanyalah puncak yang menyembul di permukaan tanpa diketahui seberapa dalam dan besar kasus yang sebenarnya terjadi.

Secara nasional ahli epidemiologi dalam kajiannya memproyeksikan bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan, maka pada 2010 jumlah kasus AIDS akan menjadi 400.000 orang dengan kematian 100.000 orang pada 2015 menjadi 1.000.000 orang dengan kematian 350.000 orang. Sedangkan penularan dari ibu ke anak akan mencapai 38.500 kasus¹⁶.

Jika melihat laporan pemerintah, bahwa penanganan kasus HIV dan AIDS masih memerlukan kerja keras dalam mengatasi persoalan ini. Target tahun ini saja hanya dapat dicapai sebesar 0,1%, padahal target sampai tahun 2015 adalah menekan penyebaran dan sejauh ini data yang ada angka HIV dan AIDS mengalami kenaikan yang cukup signifikan. Yang perlu dipertanyakan adalah sampai sejauh mana keseriusan pemerintah menekan angka HIV dan AIDS, jika baik dari peraturan dan kebijakan anggaran tidak mendukung hal itu.

Kebijakan Alokasi Anggaran HIV dan AIDS. Menurut catatan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Nasional,



13 Radio Netherlands Worldwide, Deny Riana, 2006

14 Kompas, 2 Desember 2008

15 Ibid

16 Penanggulangan HIV/AIDS Butuh Kepedulian Pemimpin, Jones Oroh tahun 2008

alokasi anggaran untuk HIV dan AIDS bersumber dari APBN adalah sebesar Rp 105 miliar pada tahun 2006 dan mengalami peningkatan sebesar Rp 115 miliar pada tahun 2007¹⁷. Sedangkan total APBD Propinsi juga mengalami peningkatan dari 8 miliar rupiah pada tahun 2004 menjadi 57 miliar rupiah tahun 2007. Diikuti juga dengan KPA di kabupaten/kota dari total anggaran 3,7 miliar rupiah tahun 2005, 14 miliar tahun 2006 menjadi Rp 19 miliar tahun 2007. Walaupun demikian, jumlah alokasi anggaran tersebut masih belum dapat memenuhi kebutuhan program penanggulangan AIDS di masing-masing daerah, mengingat jumlah penderita setiap tahunnya selalu meningkat. Yang lebih menyedihkan adalah alokasi anggaran untuk HIV dan AIDS tidak dialokasikan dari dana rupiah murni, namun lebih banyak dana bersumber dari mitra internasional sebagian data yang tersedia hingga pemutakhiran akhir tahun 2007, antara lain sebagai berikut;

1. USAID: USD 9,887,08 (1 Oktober 2007 – 30 September 2008). Dana dialirkan melalui proyek Aksi Stop AIDS (ASA) yang dilaksanakan oleh LSM Internasional: Family Health International (FHI). Dana yang digunakan tahun 2007 adalah 9,234,395 termasuk proyek Health Policy Initiative.
2. AusAID: AUD 45 juta selama 5 tahun (Maret 2008 – Februari 2013) dengan kemungkinan diperpanjang 3 tahun. Dana disalurkan melalui proyek HIV Cooperation Program for Indonesia (HCPI)
3. IPF (The Indonesia Partnership Fund): sejumlah USD 9,255,148 untuk tahun 2008. Sumber dana IPF hingga saat ini adalah DFID (Departement for International Development), Government of United Kingdom, yang manajemennya dikontrakkan melalui UNDP. IPF dimulai bulan Mei 2005 dengan total dana USD 47 juta selama 3 tahun. Pada awal proyek berlangsung sejumlah dana sudah dialirkan di beberapa fund sebesar 49,7 juta. Sedangkan dana IPF yang digunakan untuk Sekretariat KPA Nasional untuk memperkuat akselerasi di 100 Kabupaten/Kota adalah sebesar USD 14,542,239 pada tahun 2007.
4. Global Fund – ATM Round 4 Phase 2: USD 27,376,441 untuk Inonesia Comprehensive Care Project. Sementara dana GF yang digunakan pada tahun 2007 adalah USD 3,656,642 melalui GF Round 1 Phase 2 dan F Round 4 Phase 1
5. UE: Euro 3,722,825 (Desember 2005 – Januari 20011) dalam proyek

17 Data diperoleh dari 13 kementerian/lembaga negara

Integrated Management for Prevention Control and Treatment of HIV/AIDS (IMPACT), yang dilaksanakan di Bandung, Jawa Barat.

MEMASTIKAN KELESTARIAN LINGKUNGAN. Salah satu fokus yang akan dievaluasi adalah sejauh mana pemerintah telah menurunkan proporsi penduduk tanpa akses terhadap sumber air minum yang aman dan berkelanjutan serta fasilitas sanitasi dasar sebesar separuhnya pada 2015. Dan salah satu indikatornya adalah cakupan pelayanan Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) dan proporsi rumah tangga dengan akses pada fasilitas sanitasi yang layak (%).

Pembangunan sektor air minum dan penyehatan lingkungan belum menjadi agenda utama para pengambil keputusan di Indonesia. Sampai saat ini lebih dari 100 juta penduduk yang tersebar di 30.000 desa masih kesulitan memperoleh akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi dasar. Buruknya pelayanan air minum dan sanitasi merupakan kendala serius dalam mengurangi tingkat kemiskinan dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Padahal target Indonesia tahun 2015, meningkatkan hingga 67% proporsi penduduk yang memiliki akses terhadap sumber air minum yang aman dan meningkatkan hingga 69,3% proporsi penduduk yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi dasar.

Berdasarkan data Direktorat Penyehatan Lingkungan Depkes RI, menyebutkan bahwa air dan sanitasi yang buruk berdampak pada meningkatnya jumlah kasus diare 423/1.000 orang dan angka kematian tertinggi terjadi pada kelompok usia di bawah 5 tahun, yaitu 75/100.000 orang. Kemudian 350 sampai 810 orang pada setiap 100.000 orang penduduk terpapar tifus, dengan laju kematian 0,6 sampai 5%. Sekitar 35,5% penduduk Indonesia diperkirakan terpapar cacangan.

Menurut laporan World Bank tahun 2008, dampak kesehatan akibat pengelolaan air dan sanitasi yang buruk menyebabkan Indonesia kehilangan Rp 56 triliun (2,3% dari PDRB).

Kebijakan Alokasi Anggaran. Dalam APBN tahun 2005, alokasi untuk lingkungan hidup dianggarkan sebesar Rp 3,1 miliar. Namun kegiatan program untuk penanganan limbah hanya dianggar sebesar Rp 335,9 juta saja. Alokasi tersebut dari tahun ke tahun mengalami peningkatan namun tidak terlalu signifikan. Data APBN 2009, alokasi untuk lingkungan hidup sebesar Rp 7,8 miliar dan diikuti dengan kenaikan penanganan limbah sebesar Rp 518,5 juta.

Alokasi tersebut juga setara dengan alokasi untuk Fasilitas Umum dan Perumahan dalam hal penyediaan air minum. Tahun 2005, hanya dialokasikan sebesar Rp 798,8 juta dari total anggaran fasilitas umum sebesar Rp 2,28 miliar. Kemudian tahun 2009 mengalami kenaikan sebesar Rp 3,4 miliar dari total anggaran fasilitas umum sebesar Rp 18,4 miliar.

Anggaran untuk sanitasi tersebut, hanya 1/214 dari anggaran subsidi BBM. Selain lemahnya visi menyangkut sanitasi, terlihat pemerintah belum melihat anggaran untuk perbaikan sanitasi ini sebagai investasi, tetapi masih melihat sebagai biaya (*cost*).

Menurut WHO dan sejumlah lembaga lain, setiap 1 dollar AS investasi di sanitasi, akan memberikan manfaat ekonomi sebesar 8 dollar AS dalam bentuk peningkatan produktivitas dan waktu, berkurangnya angka kasus penyakit dan kematian.

Tantangan Pemerintah Kedepan

Pemerintah dalam 30 tahun terakhir, baru bisa memenuhi anggaran sekitar 10% yaitu sekitar 820 juta dolar AS untuk sanitasi dan hanya Rp 200/orang/tahun untuk setiap penduduk. Padahal kebutuhan minimal agar akses terhadap sanitasi memadai dibutuhkan sekitar Rp 47.000.per/orang/tahun¹⁸. Menurut versi Bank Pembangunan Asia, Indonesia memerlukan Rp 50 triliun untuk mencapai target MDGs 2015, dengan 72,5% penduduk akan terlayani oleh fasilitas air bersih dan sanitasi dasar.

Untuk sanitasi tantangan memenuhi target MDG tidak kalah besar. Dimana pemerintah menghadapi kendala berupa pendanaan untuk pengembangan baik operasional dan pemeliharaan. Sampai saat ini tingkat pelayanan air limbah pemukiman di perkotaan melalui system perpipaan mencapai 2,33% dan melalui jamban (pribadi dan fasilitas umum) yang aman baru mencapai 46,6% (Susenas 2004). Dan jumlah kota di seluruh Indonesia yang telah memiliki sistem pengelolaan sistem pengelolaan limbah terpusat baru mencapai 11 kota. Sementara untuk di pedesaan melalui pengolahan setempat berupa jamban pribadi dan fasilitas umum baru mencapai 49,33%.

Target MDGs adalah terlayannya 50% masyarakat yang belum mendapat akses air bersih. Jelas tantangan ini sangat berat apalagi diketahui bahwa cakupan pelayanan baik di perkotaan maupun pedesaan masih sangat rendah dan mengakibatkan kecenderungan meningkatnya angka penyakit terkait air

Goal 1:

Analisa Program Kemiskinan Paska Reformasi¹

Kemiskinan merupakan problem mendasar dan isu sensitif bagi masyarakat. Meskipun rejim telah berganti, problem yang sama masih terus dihadapi oleh masyarakat, oleh karenanya pemerintah paska reformasi banyak menawarkan program dan kebijakan penanggulangan kemiskinan. Berikut sejumlah kebijakan dan program yang pernah dikeluarkan pemerintah dalam penanggulangan kemiskinan dan dampaknya bagi rakyat selama sepuluh tahun terakhir.

Penanggulangan Kemiskinan di Tengah Krisis

Pada awal bergulirnya reformasi, program dan kebijakan penanggulangan kemiskinan pemerintah merupakan bagian dari perjanjian dengan IMF (*International Monetary Fund*) dan Bank Dunia seperti tertera dalam LoI (*letter of Intent*). Berdasarkan perjanjian tersebut, pemerintah diwajibkan untuk menjalankan SAP (*structural adjustment program*) atau program penyesuaian struktural. Dalam skema penyesuaian struktural inilah serangkaian program penanggulangan kemiskinan muncul dalam kerangka “Jaring Pengaman Sosial” (*Social Safety Net*) seperti; Program Pemberdayaan Daerah dalam Mengatasi Dampak Krisis Ekonomi (*PDM DKE*), Program Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan (*P2KP*), Program Pengembangan Kecamatan (PPK), Kredit Usaha Tani (KUT), Pembangunan Prasarana Pendukung Desa Tertinggal (P3DT) Beras untuk rakyat miskin (Raskin).

Selain itu, pemerintah mengeluarkan program pembangunan 236.060 unit

¹ Oleh Asosiasi Pendamping Perempuan Usaha Kecil (ASPPUK) dan (PKM)

rumah sederhana sehat melalui pola kredit pemilikan rumah (KPR) bersubsidi selisih bunga, pembangunan satu juta rumah bagi orang miskin pada tahun 2003, dan program P4K (Pembinaan Peningkatan Pendapatan Petani-Nelayan Kecil), serta membuat kebijakan tentang subsidi minyak tanah yang banyak dikonsumsi orang miskin.

Program-program tersebut memiliki dampak positif maupun negatif. Sebagai contoh, skema PDM DKE bertujuan untuk menyalurkan dana kredit bergulir pada kelompok miskin dan pengangguran yang kehilangan pekerjaan di tahun 1998 dengan dana mencapai 1,7 triliun.² Sebenarnya program ini bertujuan untuk mendorong penciptaan lapangan kerja sementara sehingga dapat bermanfaat mendorong peningkatan infrastruktur ekonomi dan sosial masyarakat miskin. Namun dalam praktiknya, terdapat beberapa kelemahan mendasar, seperti tingkat akurasi penerima karena lemahnya sosialisasi. Disisi lain, aspek kualitas dan intensitas program tidak memadai, dan kurang meningkatkan jumlah usaha produktif, minimnya penambahan lapangan kerja, penyerapan, dan perencanaan serta kegiatan sporadis.³

Sementara program sejenis seperti P2KP dan PPK belum sesuai sasaran, terutama dalam penanggulangan kemiskinan di pedesaan. KUT (Koperasi Usaha Tani), meskipun di beberapa wilayah bermanfaat, secara konseptual mempunyai kelemahan dan kesalahan, di antaranya: pelaksanaan KUT mengarah kepada aspek politis dari pada benar-benar membantu petani dimana pemilihan target groupnya didasarkan kepada kedekatan personal penyalurnya bahkan terkadang digunakan untuk kepentingan kampanye pribadi (penyalur). Dengan demikian, penegakan hukum terhadap mereka yang terlibat dalam korupsi dana KUT, seperti dalam kasus korupsi dana KUT di Kabupaten Pendeglang, Jawa Barat, awal Mei 2012, bersifat tebang pilih. Waktu itu, baru sebanyak 13 orang yang diproses secara hukum, padahal dugaan penyimpangannya mencapai sekitar 172 kasus. (*Baratanews*, 7 Mei 2012). Hal ini memungkinkan karena skema KUT menjadikan bank, koperasi, ornop atau kelompok tani bertindak sebagai penyalur kredit. Selain itu, lembaga pelaksana KUT ditunjuk tanpa melalui seleksi yang partisipatif, perencanaan kebutuhan untuk mendapatkan KUT dibuat serampangan dan banyak fiktif, tidak ada pengawasan dalam penyaluran dan pengembalian kredit, kredit diberikan kepada siapa saja tanpa mekanisme yang jelas, dan dana pinjaman tidak diterima masyarakat yang berhak secara

2 Smeru, 1999, Hasil pengamatan Cepat Tim Smeru pada persiapan Pelaksanaan program PDM DKE, dapat diunduh pada <http://www.smeru.or.id/report/research/pdmdke/pdmdke1.pdf>

3 *Litbang LPM-UPI, tahun 2003.*

penuh. Akibatnya, per September 2000, tunggakan KUT mencapai Rp 6,169 triliun atau 73,69% dari realisasi.⁴

Program P3DT dinilai banyak kalangan berdampak positif. Meskipun program dirancang di masa krisis, namun hasilnya sebagian secara fisik masih baik. Gambaran itu terlihat misalnya di Kabupaten Bima, dengan ditambah swadaya masyarakat, satu desa mampu membuat dam yang berdasarkan perhitungan Pekerjaan Umum (PU) berbiaya Rp 200 juta namun dapat diselesaikan masyarakat secara swadaya. Fenomena yang sama terjadi di Kabupaten Sumba, NTT, di mana penduduk desa mampu membuat jalan perintis tidak kurang dari 18 km, dan masyarakat di Lombok yang mampu membuat jalan di bukit berbatu nan terjal.⁵ Sementara Raskin, hasil audit Badan Pemeriksa Kinerja Pembangunan (BPKP) menyatakan bahwa pelaksanaan Raskin tahun 2003 menunjukkan kinerja pelaksanaan program tersebut secara nasional mencapai 78,2% (dari nilai ideal 100%). Tingkat pencapaian program terhadap sasaran rumah tangga miskin hanya sebesar 59,4%, terhadap jumlah beras 1,42%, dan terhadap harga beras 68,5%. Gambaran itu memperlihatkan masih tingginya salah sasaran dan target Raskin. Selain itu, di sejumlah pemerintah kabupaten/kota belum menerbitkan petunjuk teknis (juknis), dan pelaksanaan pemantauan.

Sementara pembangunan 236.060 unit rumah sederhana sehat melalui pola Kredit Pemilikan Rumah (KPR) bersubsidi selisih bunga, dan pembangunan 1 juta rumah bagi orang miskin di tahun 2003 menjadi bagian kecil solusi perumahan rakyat miskin.⁶ Pada program P4K yang merupakan kerja sama antara Departemen Pertanian dengan BRI, permasalahan muncul ketika PPL (Penggerak Penyuluh Lapang) sebagai penggerak meninggalkan lokasi program karena tidak menerima insentif, sehingga tidak ada keberlanjutan.⁷ Sebenarnya kebijakan subsidi minyak tanah mempunyai dampak positif bagi kalangan masyarakat miskin, namun program ini kemudian digantikan dengan pemberian subsidi bahan bakar gas seberat 5 kg, karena subsidi minyak tanah dinilai terlalu besar dan tidak ramah lingkungan. Kultur masyarakat bawah yang terbiasa dengan minyak tanah dan tidak secara serta merta berganti ke penggunaan gas, menyebabkan tidak efektifnya program ini. Kondisi itu diperburuk dengan rendahnya kualitas tabung yang menjadi pemicu terjadinya berbagai insiden yang memakan korban jiwa. Selain itu, minimnya sosialisasi

4 Paket Informasi Dasar Penanggulangan Kemiskinan, Smeru, 2003.

5 Paket Informasi dasar penanggulangan Kemiskinan, Smeru, 2003. Ibid.

6 *Tempo*, edisi pemilihan presiden 2004.

7 Widayati 2004; CESS 2003; BPSDM Pertanian n.d.; GDRC n.d

pemerintah tentang penggunaan gas tabung khususnya seberat 5 kg semakin menjauhkan realisasi program ini dari keberhasilan.

Selain program JPS, pada tahun 2001 pemerintah RI mengeluarkan Kepres No.124 th 2001, tentang pembentukan BKPK (Badan Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan) dan dilanjutkan dengan kemunculan Komite Penanggulangan Kemiskinan (selanjutnya KPK). Berdasarkan hal itu, semua kelembagaan penanggulangan kemiskinan diintegrasikan dalam satu koordinasi, yaitu KPK di tingkat pusat dan Komite Penanggulangan Kemiskinan Daerah (KPKD) di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Lembaga ini juga menjadi forum lintas pelaku yang berperan memwadahi semua upaya penanggulangan kemiskinan.

Upaya pemerintah melakukan integrasi lembaga-lembaga penanggulangan kemiskinan di bawah koordinasi KPK merupakan hal positif, karena selama ini upaya tersebut dilakukan berbagai lembaga pemerintahan dengan aneka kepentingan. Namun sayangnya, peran KPK di tingkat pusat dan daerah tidak berjalan semulus yang diharapkan,. Kondisi ini disebabkan karena; pertama, sulitnya koordinasi antar kelembagaan dan pelaku pembangunan, karena hubungan antara KPK dengan KPKD di tingkat daerah merupakan fungsional dan bukan subordinat. Kedua, minimnya sinergisitas antara lembaga di pemerintah dan antar pelaku pembangunan dalam mempercepat penanggulangan kemiskinan. Ketiga, perubahan kelembagaan di KPK, dari “badan” menjadi “komite” dan menjadi tim dinilai sejumlah pihak justru memperlemah kapasitas kelembagaannya. Peran kepala daerah, situasi politik lokal, pers dan masyarakat sipil merupakan elemen lain dalam implementasi kebijakan tersebut. Kepala daerah yang diduga terlibat korupsi bisa saja bertahan di posisinya, asal rajin membayar “upeti” pada pimpinan partai yang berkuasa. Kepentingan pragmatis jangka pendek kepala daerah ikut memperparah lambatnya kerja kelembagaan KPKD di mana lebih fokus kepada pembangunan infrastruktur dibanding penanggulangan kemiskinan. Namun begitu, untuk beberapa kabupaten/kota di mana bupati atau walikota memahami peran KPKD dan berpihak kepada kesejahteraan rakyat, maka kebijakan tersebut berjalan baik, hanya di kabupaten/kota di mana telah dikembangkan tata pemerintah yang berorientasi pada efektifitas pelayanan publik dan bermanfaat bagi kelompok miskin. Pelayanannya berdasarkan keakuratan data, terpadu, mutakhir, sehingga sasaran program dapat tercapai dan sesuai fakta lapangan. Di antara programnya adalah pelatihan kerja, bantuan

untuk kelompok miskin, program sekolah gratis. Inisiatif ini terkoordinasi melalui KPKD (nama saat itu), yang beranggotakan Kepala Bapeda (sebagai ketua), Kepala Bidang Kantor Pemberdayaan Masyarakat (sebagai wakil), Kepala Bidang Sosial Budaya sebagai sekretaris, dan anggotanya dari wakil pemerintah, perguruan tinggi dan ornop.

Meskipun demikian, di sebagian besar wilayah, kinerja KPKD lemah karena minimnya dukungan dana APBD, dan struktur pelaksana KPKD yang dijabat kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemberdayaan Perempuan (BPMPP), yang secara umum memiliki pemahaman yang minim terkait peran KPKD dan SPKD. Mereka beranggapan bahwa kemiskinan merupakan “proyek” yang mempunyai jangka waktu dan anggaran yang jelas, sebagaimana program lain dalam pembangunan.⁸ Selain itu, program yang merupakan program hutang negara tersebut sebagian besar belum sesuai target sasaran terutama dalam pengurangan kemiskinan,⁹ dan banyak memberikan peluang interpretatif bagi pelaku di lapangan tentang kriteria kemiskinan, karena minimnya desain awal.

Selain itu, pemerintah menandatangani MoU dengan Bank Indonesia (BI) melalui surat No 11/KEP/Menko/IV/2002 dan No 4/2/KEP.GBI/2002, tentang penanggulangan kemiskinan melalui pemberdayaan Usaha Mikro Kecil Menengah (UMKM), seperti kesempatan kerja, peningkatan usaha dan peningkatan kewirausahaan rakyat miskin. Kesepakatan itu dipertegas dengan perjanjian antara KPK dan BI, surat No. 001/MOU-KPK/11/03 dan No.5/1/DPG/DPBPR tentang pembuatan KKMB (Konsultan Keuangan Mitra Bank). Upaya ini bagi UMKM merupakan hal positif, karena selama ini mereka kesulitan dalam mengakses modal untuk pengembangan usaha disebabkan terhalangi standar perbankan yang menyulitkan. Dalam MoU tersebut, pemerintah bersama BI bersepakat untuk memfasilitasi permodalan UMKM melalui KKMB. Namun dalam realitasnya, kebijakan itu hanya tertera di atas kertas dan kenyataannya perbankan sulit untuk mengimplementasikannya karena terikat dengan standar dan mekanisme yang ada.

Di sisi lain, aparat birokrasi kesulitan untuk melakukan kebijakan ini karena petunjuk pelaksanaannya belum tersosialisasi dengan baik di kedua belah pihak. Kemudian, monitoring pemerintah terhadap kebijakan ini lemah sehingga pelaksanaannya tidak terpantau dengan baik.

8 Wawan Heryawan & Syaichu Usman, “Kapasitas Kelembagaan Penanggulangan Kemiskinan di Daerah”, Jakarta: Smeru, No. 21: Januari – Maret/2007.

9 Position Paper, infid, 2006.

Meskipun secara umum banyak ditemukan ketidaktepatan baik program maupun kebijakan dari pemerintah, namun angka kemiskinan dalam periode pertama reformasi (1998 – 2004) mengalami penurunan, meskipun kecil dan berfluktuasi. Gambaran itu terlihat, yaitu bila pada awal tahun 1997 angka kemiskinan masih 15 % namun di akhir tahun 1999 menjadi 33,5%, dan pada tahun 2001 menurun menjadi 18,40 %, tahun 2002 sebesar 17,60 %, dan tahun 2003 menjadi 16,66 %, dan di tahun 2004 menjadi 16,66 % (*baknas 2002, BPS 2003, 2004*).

Penanggulangan Kemiskinan Periode Recovery

Pada tahun 2005, pemerintah membentuk tim Penanggulangan Kemiskinan (TKPK) melalui Peraturan Presiden No. 54 tahun 2005. Sebagai penjabarannya, diterbitkan Keputusan Menko Kesra No.05/KEP/MENKO/KESRA/II/2006 tentang Pedoman Umum dan kelompok Kerja TKPK Pusat sementara di tingkat daerah, Kementerian Dalam Negeri melalui Surat Mendagri No.412.6/6219/SJ perihal Panduan Operasional TKPK Daerah sebagai penjabaran teknisnya. Kelembagaan ini merupakan forum lintas pelaku yang diharapkan memfasilitasi dan mengkoordinasi semua elemen yang selama ini bekerja dalam penanggulangan kemiskinan sehingga tercipta pengentasan kemiskinan yang integratif. Selain itu, sebagai kelanjutan dari program pengintegrasian penanggulangan kemiskinan yang dianjurkan Bank Dunia, pemerintah mengeluarkan dokumen PRSP (*poverty reduction strategy program*), atau SNPK (Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan)¹⁰. Dokumen tersebut digagas pemerintah dengan melibatkan berbagai unsur – termasuk organisasi masyarakat sipil – untuk merumuskan strategi nasional penanggulangan kemiskinan yang integratif dan berperspektif hak dan partisipatif. Sebagai konsekuensinya di daerah dibentuk SPKD (Strategi Penanggulangan Kemiskinan Daerah).

Kelembagaan TKPK merupakan kelanjutan dari KPK. Perbedaan keduanya terletak pada fungsi kepala daerah yang ditunjuk sebagai penanggung jawab pembentukan TKPKD, dan berusaha untuk melakukan koordinasi dan sinkronisasi berbagai upaya penanggulangan kemiskinan di tingkat daerah.

10 Strategi Nasional Pemberantasan Kemiskinan (SNPK) terbentuk dari komitmen negara untuk menanggulangi kemiskinan secara menyeluruh yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM). Ia berawal dari komitmen berbagai negara di dunia sebagaimana tertuang dalam komitmen bagi pencapaian target MDGs (Millenium Development Goals) untuk menurunkan angka kemiskinan secara global pada tahun 2015. Di Indonesia komitmen pemerintah diwujudkan melalui penyusunan SNPK dan pembentukan lembaga khusus yang bertanggung jawab untuk memenuhi pencapaian pengurangan kemiskinan dalam wadah TKPK. SNPK telah diadopsi dalam RPJMN (rencana pembangunan jangka menengah nasional) yang menjadi dokumen aktualisasi visi dan misi presiden terpilih 2004-2009. Lihat, “*Panduan Advokasi SPKD bagi Organisasi Masyarakat Sipil*”, Jakarta: GAPRI, Desember 2007.

Di sejumlah daerah, dimana kepala daerahnya mempunyai keberpihakan terhadap kemiskinan, TKPKD berjalan bagus, seperti di Kabupaten Jembrana, Kota Balikpapan, Kabupaten Gorontalo, dan Kabupaten Sragen.

Meskipun demikian, di berbagai daerah lainnya, kelembagaan TKPK ini masih menyimpan beberapa persoalan sebagai berikut¹¹:

- a. Hingga kini lembaga tersebut belum cukup berhasil melakukan koordinasi lintas sektoral dan belum membangun sinergi antar pelaku dalam mempercepat pengurangan kemiskinan.
- b. Keanggotaan TKPK cenderung eksklusif, dan didominasi lembaga pemerintah.
- c. Perubahan nama TKPK dari “badan” pada BKPK menjadi “komite” pada KPK, dan kemudian menjadi “tim” pada TKPK, dinilai sejumlah kalangan cenderung memperlemah kapasitas kelembagaannya.
- d. Bagi sejumlah daerah, perubahan kelembagaan KPKD menjadi TKPKD dilihat sebagai kemubaziran, membingungkan dan merepotkan, karena di sejumlah daerah yang sudah membentuk KPKD terpaksa dirubah menjadi TKPKD.
- e. Dengan peraturan seperti itu, maka ujung tombaknya adalah pemda, namun kebanyakan daerah TKPKD tidak berjalan dengan baik, karena kepala daerahnya mempunyai visi sendiri.

Di lain pihak, sebagaimana terjadi dalam TKPK, gambaran yang sama terjadi dalam penyusunan dokumen SNPK dan SPKD. Meskipun dokumen tersebut banyak diapresiasi karena telah ada perubahan dalam penanggulangan kemiskinan, yaitu dengan dimasukkannya perspektif hak dan partisipatif, namun tetap saja pemahaman dan implementasi dokumen di tingkat daerah masih sektoral dan parsial. Gambaran itu terlihat di mana tidak ada belanja sosial dari APBD dan RPJMD bagi TKPKD untuk menyusun program penanggulangan kemiskinan yang berbasis hak dan dilakukan secara partisipatif. Selain itu, sebagian besar dari kerangka makro APBD dan RJPMD juga masih konservatif dan tidak memihak belanja sosial. Selain itu, pemerintah mengeluarkan kebijakan program SLT (*subsidi langsung tunai*) melalui Instruksi Presiden No. 12/2005 Keputusan Menko kesra Nomor 28/KEP/MENKO/KESRA/XI/2006, seperti; BLT (Bantuan Langsung Tunai), P4K (Proyek Peningkatan Pendapatan Petani dan Nelayan Kecil), KUBE (Kelompok Usaha Bersama), TPSP-KUD (Tempat Pelayanan Simpan Pinjam Koperasi Unit Desa), UEDSP

11 Lihat, *Smeru, no.21: Jan-Mar, 2007*

(Usaha Ekonomi Desa Simpan Pinjam), PKT (Pengembangan Kawasan Terpadu), IDT (Inpres Desa Tertinggal), P3DT (Pengembangan Prasarana Pendukung Desa Tertinggal), PPK (Program Pengembangan Kecamatan), P2KP (Program Penanggulangan Kemiskinan Perkotaan), PDMDKE (Program Pemberdayaan Daerah Dalam Mengatasi Dampak Krisis Ekonomi) P2MD (Proyek Pembangunan Masyarakat dan Pemerintah Daerah), dan Program Pembangunan sektoral.

Dalam konteks BLT (Bantuan Langsung Tunai), meskipun bermanfaat bagi sebagian masyarakat dalam jangka pendek, namun ditemukan bahwa masyarakat penerima umumnya tidak mengetahui kapan dan mengapa program ini dihentikan dan apa kelanjutannya, serta mengapa mereka tidak menerima SLT tanpa pemberitahuan¹². Selain itu disinyalir bahwa dana BLT berasal dari hutang luar negeri, di mana negara harus membayarnya di kemudian hari. Selain itu, program yang menjadi kelanjutan dari program pemerintah sebelumnya seperti IDT, PPK, P2KP, P3DT, PDMDKE, P2MD, meskipun berhasil di sejumlah tempat, secara umum dampak terhadap masyarakat yang menjadi target sasaran program masih lemah karena tersendatnya reformasi birokrasi.

Di luar program-program tersebut, pemerintah menerbitkan kebijakan dan program baru seperti Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM). Meskipun idenya sudah lama, seperti Keputusan Menko Kesra selaku ketua TKPK nomor 23/KEP/MENKO/KESRA/VII/2007 tentang pengendali PNPM (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat) mandiri, keluarnya Kepres no.56 tahun 2002 tentang Restrukturisasi Kredit UK dan IM, dan UU No.20 tahun 2008 tentang Usaha Mikro, Kecil dan Menengah. Kebijakan ini menjadi dasar munculnya KUR (Kredit Usaha Rakyat) oleh Depkop UKM (Departemen Koperasi dan UKM), dan disyahrkannya Undang-Undang Republik Indonesia No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.¹³).

Lebih jauh, PNPM sebagai percobaan program payung penanggulangan kemiskinan dinilai berdampak positif bagi masyarakat, khususnya yang belum pernah menjadi sasaran. Secara konseptual, program ini bertujuan untuk mengintegrasikan semua program kemiskinan yang selama ini dilakukan secara terpisah oleh seluruh departemen pemerintah dalam komando Menkokesra. Meskipun demikian, bagi kelompok masyarakat sipil yang selama ini telah melakukan program pemberdayaan masyarakat dalam konteks

12 *Smeru, No. 23: Jul-Sep/2007*

13 *Majalah Business review, edisi 03, tahun 08, juni 2009*

penanggulangan kemiskinan, PNPM menjadi program saingan dan membuat masyarakat beralih ke program baru tersebut. Oleh karena itu, PNPM justru dinilai kontra-produktif bagi program yang telah ada di masyarakat. Selain itu, masyarakat sendiri kemudian menjadi tergantung kepada keberadaan PNPM. Keberadaan program ini dimungkinkan karena didukung dengan pendanaan dalam jumlah besar di mana sejumlah perangkatnya – termasuk staf pelaksana di lapangan – difasilitasi dengan sumber dana yang memadai. Namun keberdayaan masyarakat dan inisiatif lokal yang orisinal yang telah dikembangkan masyarakat terancam karenanya. Sehingga, PNPM sebenarnya akan lebih positif apabila dilakukan di lokasi dan wilayah di mana belum terdapat program sejenis.

Sementara itu, dalam pemberian permodalan bagi UMKM, KUR sebagai program alokasi permodalan tanpa agunan dinilai sebagian besar UMKM yang menerima memang bermanfaat untuk pengembangan usaha. Selama ini kendala UMKM adalah agunan yang dalam KUR tidak menjadi syarat utama. Kendalanya adalah bunga masih tinggi, dan tidak semua perbankan di daerah dapat menyalurkan KUR¹⁴. Selain itu, terdapat kendala dalam proses sosialisasi program ke target sasaran yang lebih luas sehingga hanya usaha-usaha tertentu dalam UMKM yang terfasilitasi dengan KUR. Dalam konteks ini, pelaku usaha mikro yang selama ini tidak terjamah perbankan, masih menemui nasib serupa dalam skema KUR. Problem ini bertambah pada target sasaran perempuan, khususnya terkait dengan ketentuan UU perkawinan di mana perempuan tidak memiliki status kepala keluarga. Padahal, skema kredit perbankan mengacu pada undang-undang tersebut. Maka memang kebijakan KUR masih bersifat parsial dan belum menyentuh kepada seluruh UMKM yang selama ini mengalami kendala permodalan. Juga memarjinalkan banyak pengusaha kecil yang perempuan, pengelola warung minuman dan makanan, yang seringkali merupakan pelampung penyelamat keluarga-keluarga buruh tani, buruh pabrik, dan buruh transportasi, yang sangat rentan PHK.

Di tahun 2009, pemerintah mengesahkan UU Kesejahteraan Sosial yang mencoba mengintegrasikan strategi untuk menyejahterakan masyarakat Indonesia secara menyeluruh. Namun karena undang-undang ini baru disahkan tahun 2009, maka implementasinya belum mempunyai dampak nyata.

Selain itu, amanat Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN

14 *Kompas, Rabu, 24 Juni 2009*

(Sistem Jaminan Sosial Nasional) hingga kini seperti terabaikan. Undang-undang tersebut sebenarnya merupakan pelaksanaan amanat UUD 1945 yang mewajibkan pemerintah untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional secara integratif. Jaminan sosial ini secara komprehensif diberikan kepada seluruh masyarakat -- bukan hanya yang selama ini tercatat BPS sebagai orang miskin -- untuk mendapatkan lima jaminan sosial, yaitu; (1) jaminan kesehatan, (2) jaminan kecelakaan kerja, (3) jaminan hari tua, (4) jaminan pensiun dan (5) jaminan kematian. Pemerintah berkewajiban untuk menjamin setiap warga negara yang sakit untuk mendapatkan layanan kesehatan kapan pun dan di manapun. Setiap lansia akan mendapatkan jaminan hari tua setiap bulan, setiap anak yang orang tuanya meninggal mendapat bantuan keuangan hingga mampu mandiri secara ekonomi.¹⁵ Sayangnya, hanya satu peraturan pemerintah (PP) dari sepuluh PP dan sembilan perpres UU SJSN yang dilaksanakan, yaitu Perpres tentang Tata Kerja dan Organisasi Dewan Jaminan Sosial (DJSN). Sementara aturan turunan lainnya seperti pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai wadah integratif SJSN belum terbentuk. Dengan demikian, sistem jaminan yang ada seperti Jamsostek, Askes, Taspen, dan Asabri masih terus berjalan sebagaimana biasa. Lebih lanjut, dengan ketiadaan aturan pelaksanaan ini, masyarakat miskin yang tidak tercakup dalam sistem pendataan BPS tetap tidak tersentuh oleh kebijakan ini.

Pada tahun 2010, presiden Susilo Bambang Yudoyono menerbitkan Peraturan Presiden dan Instruksi Presiden pendukung percepatan penanggulangan kemiskinan, yaitu Perpres RI No. 15 tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, di mana wakil presiden ditunjuk sebagai ketua TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan). Peraturan ini diikuti dengan Instruksi Presiden RI no.3 tahun 2010 tentang program pembangunan yang berkeadilan, di mana program harus mencakup; pro-rakyat, keadilan untuk semua, dan pencapaian pembangunan milenium (MDGs). Sebagai turunan dari program TNP2K di tingkat nasional, dibentuk tim koordinasi penanggulangan kemiskinan daerah (TKPKD) di 33 propinsi dan 520 kabupaten, dan disusun SPKD (strategi penanggulangan kemiskinan daerah), yang dipimpin oleh bupati atau wakilnya.

Selain itu, pemerintah juga mengintegrasikan pencapaian MDGs ke dalam rumusan RPJMN 2010-2014. Pencapaian target MDGs menjadi salah satu agenda utama pembangunan jangka menengah yang pertama, yang kemudian secara lebih detail diturunkan dalam target-target capaian khusus, misalnya

15 *Kompas*, 17 April 2010

pengurangan angka kemiskinan absolut menjadi 8-10% dan target sasaran pembangunan menengah bidang kesehatan.¹⁶

Berbagai kebijakan dan program tersebut berdampak kepada pengurangan angka kemiskinan dan pengangguran yang fluktuatif dan sedikit menurun setelah tahun 2004. Hal itu tergambar dalam angka pengangguran, tahun 2005 berjumlah 10,3 %, tahun 2006 menjadi 10,5 %, tahun 2007 berjumlah 9,8 %, dan tahun 2008 berjumlah 8,5 %. Namun begitu, bila angka itu disanding dengan RPJM, maka jauh dari harapan, seperti tahun 2005 sejumlah 9,5 %, tahun 2006 sebesar 8,9 %, tahun 2007 berjumlah 7,9% dan tahun 2008 berjumlah 6,6% serta tahun 2009 berjumlah 5,1% (*Tempo*, 26 oktober 2008.). Begitupula angka kemiskinan, tahun 2005 berjumlah 15,9%, tahun 2006 menjadi 17,6%, tahun 2007 menjadi 16,4%, serta akhir Maret 2008 menjadi 15,4%. Namun begitu, angka tersebut masih jauh dari angka RPJMN sebesar 8 %¹⁷ Selain tingginya angka kemiskinan, rendahnya integritas dan akuntabilitas pejabat negara menyebabkan lambatnya laju penurunan angka kemiskinan selama periode Maret 2009 hingga 2010, yang berjumlah 0,82 persen dibanding maret 2008 – maret 2009 sebesar 1,27 persen.¹⁸ Sehingga jumlah penduduk miskin hingga bulan Maret tahun 2010 berjumlah 31,02 juta atau 13,33 %.

Di tahun 2011, menurut BPS per September 2011 mencapai 29,89 juta orang (12,36 persen), turun 130.000 orang dari Maret 2011 sebesar 30,02 juta orang (12,49 persen) (*Kompas*, 3/1/2012). Bahkan di periode 2005-2009 setiap persen kenaikan anggaran hanya menurunkan 0,06 persen angka kemiskinan.

Apabila dicermati tingkat capaian seperti diuraikan di atas, terlihat bahwa anggaran yang disalurkan pemerintah baik melalui berbagai program di sejumlah instansi dan juga yang integratif seperti PNPM, tidak mampu menurunkan angka kemiskinan secara signifikan. Yang terjadi penurunan angka penduduk miskin masih sedikit dan *fluktuatif* serta tidak sebanding dengan anggaran untuk penanggulangan kemiskinan.¹⁹

Meskipun secara kuantitas terdapat pengurangan angka kemiskinan di tingkat nasional, namun capaian tersebut belum mampu mencerminkan capaian kualitatif yang sustansial. Terlebih apabila disandingkan dengan besarnya

16 Lihat, Lampiran Perpres no 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2010- 2014, Buku I: Prioritas Nasional hal 38 - 40

17 *Kompas*, 29/12/08, dan *detikfinance*, 16/06/2009

18 *Kompas* 12/7/10.

19 Lihat , (pengarang), ... (judul), *Fitra*, 2009, hal (kalo merujuk pada hal tertentu).

alokasi anggaran yang telah dikucurkan pemerintah melalui berbagai program penanggulangan kemiskinan yang ada. Apabila ditelusuri lebih jauh, ternyata masih terdapat kesenjangan yang tinggi antara satu daerah yang presentase jumlah orang dibawah garis kemiskinannya rendah dengan daerah lain. Demikian pula, kesenjangan yang sama juga banyak terdapat pada presentasi jumlah orang miskin antar antar desa dengan kota, daerah pegunungan dengan pesisir. Gambaran itu terlihat misalnya di provinsi Papua yang angka kemiskinannya masih mencapai 31,24% dibanding dengan provinsi di Jawa, seperti Jawa Barat sebesar 10,57% dan Jawa Timur sejumlah 13,85% (data per September 2011, BPS, 2012).

Hal sama terjadi pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di mana provinsi DKI Jakarta sebesar 77,36 dengan provinsi Papua sebesar 63,41. IPM diukur dari: Angka harapan hidup (tahun), Angka melek huruf (%), Rata-rata lama sekolah (tahun), dan Pengeluaran Riil Perkapita Disesuaikan (ribu Rp.)²⁰

Selain itu, cara pandang Negara dalam melihat kemiskinan yang masih mempergunakan ukuran kuantitatif (pendapatan, konsumsi dan asupan gizi) juga sangat problematis. Padahal, dalam perspektif hak asasi manusia, kemiskinan justru didekati dengan pendekatan yang jauh lebih komprehensif di mana ukuran kemiskinan bukan diletakkan pada tingkat konsumsi melainkan pada tingkat 'keberdayaannya (kapabilitas). Dengan pendekatan ini, ketiadaan kemampuan untuk secara aktif terlibat dalam proses pembangunan meskipun secara konsumtif dan asupan gizi memenuhi batas minimum dapat dikategorikan sebagai kondisi kemiskinan. Penggunaan pendekatan ini juga sejalan dengan perkembangan terkini terkait pengukuran IPM. Seperti telah diketahui secara luas, kini pendekatan IPM telah diperbaharui dengan menggunakan apa yang terkenal disebut "*Multi Dimensional Poverty Index*", di mana kemiskinan diukur tak melulu dari kondisi fisik asupan konsumsi kalori melainkan dilekatkan dengan indikator-indikator lain yang lebih komprehensif.

Inisiatif Penanggulangan Kemiskinan oleh Masyarakat Sipil

Kelompok masyarakat sipil telah melakukan inisiatif dalam upaya pendanaan dan penanggulangan kemiskinan. Hal itu terlihat dalam keterlibatan aktif mereka dalam penyusunan dokumen penanggulangan kemiskinan pemerintah yang integratif dan berbasis hak warga negara, yaitu PRSP (*Poverty Reduction Strategy Program*) pada tahun 2008. Sayangnya pemerintah tidak melengkapi

20 sumber; http://www.bps.go.id/tab_sub

dokumen tersebut dengan perangkat ketentuan normatif yang memadai, sehingga meskipun secara substantif baik, dokumen tersebut tidak operasional, bak “macan ompong”.

Selain itu, masyarakat sipil juga selama bertahun-tahun sebelumnya telah memfasilitasi masyarakat berpenghasilan kecil-mikro untuk mendirikan lembaga permodalan alternatif berbentuk koperasi, *credit union*, atau lembaga keuangan mikro lainnya, sebagai sarana pemodal dalam pengembangan ekonomi. Dari proses penilaian singkat atas inisiatif yang telah dilakukan jaringan masyarakat sipil, diketahui bahwa modal yang beredar dan dikelola kelompok-kelompok masyarakat terutama perempuan secara swadaya berjumlah lebih dari 100 Miliar rupiah. Sayangnya, informasi tersebut tidak digunakan oleh pemerintah sebagai potensi sumber daya pendanaan kemiskinan di Indonesia.

Di sisi lain lembaga keagamaan seperti Nahdhatul Ulama, Muhammadiyah, Persatuan Gereja-Gereja di Indonesia (PGI) dan organisasi keagamaan lain telah melakukan inisiatif secara swadaya untuk memperdayakan rakyat kecil untuk menanggulangi kemiskinan. Mereka melakukannya melalui lembaga-lembaga seperti rumah sakit bagi orang miskin, balai-balai pengobatan, bantuan permodalan, asuransi bagi orang miskin, yayasan-yayasan untuk manula dan lain-lain tanpa dukungan dari pemerintah selama bertahun-tahun, merupakan bagian tak terpisahkan dalam pencapaian MDGs, khususnya penanggulangan kemiskinan.

Tantangan dan Rekomendasi

Indonesia akan menghadapi sejumlah “kerentanan” di masa yang akan datang yang dapat mempengaruhi keberhasilan program penanggulangan kemiskinan dan pencapaian tujuan pembangunan millennium secara umum. Salah satunya adalah krisis pangan, seperti telah diindikasikan oleh Badan PBB untuk Pangan (*World Food Program/WFP*) yang menempatkan Indonesia masuk dalam kategori “rentan”. Kerentanan tersebut salah satunya terlihat dari mulai dilakukannya secara reguler impor beras dari negara lain dan kesulitan yang dialami dalam mencapai “swasembada” beras.

Selain itu, kerentanan juga terkait dengan adanya krisis energi yang telah terasa dalam beberapa tahun terakhir. Dalam konteks ini, kenaikan harga BBM selama beberapa kali telah membuat gejolak di tengah masyarakat dan secara langsung berpengaruh terhadap kemampuan daya beli dan inflasi yang

berakibat langsung pada penambahan atau pengurangan jumlah penduduk di bawah garis kemiskinan.

Faktor lain yang berpotensi mempengaruhi capaian penanggulangan kemiskinan adalah Perjanjian CAFTA (*China-Asean free trade agreement*) antara Indonesia dengan Tiongkok. Melalui perjanjian ini, produk Tiongkok termasuk kain batik yang terkenal murah dan bermotif hampir sama dengan produk dalam negeri yang kebanyakan diproduksi UMKM secara langsung berpengaruh pada kemungkinan terjadinya kebangkrutan kelompok UMKM. . Semenjak diimplementasikan awal 2010 lalu terlihat di akhir 2010, neraca perdagangan Indonesia-Tiongkok mengalami defisit di pihak Indonesia. Sementara nilai ekspor Indonesia ke Tiongkok 49,2 miliar dollar AS, namun sementara nilai impor dari Tiongkok sebesar 52 miliar dollar AS. Nilai impornya naik 45,9 persen dan berkontribusi 15 persen dari total impor Indonesia. Gambaran tersebut terlihat di enam produk, yakni mainan anak sebesar 72 persen, perabot 54 persen, elektronik 90 persen, tekstil dan produk tekstil (TPT) 33 persen, permesinan 22,22 persen, dan logam 18 persen.²¹ Kondisi ini akan berdampak pada terjadinya peningkatan jumlah pengangguran dan lebih jauh memperbesar potensi peningkatan jumlah populasi yang hidup dibawah garis kemiskinan.

Di sisi lain, kelambatan dalam percepatan “*good governance*” baik pemerintah dan juga partisipasi aktif masyarakat, merupakan persoalan lain. Anggaran yang besar bagi penanggulangan kemiskinan tidak mempunyai arti signifikan, bila korupsi birokrasi terus menghantui dengan memangkas penggunaan anggarannya, sehingga nilai anggaran yang jatuh kepada target program hanya sekitar 60%. Kondisi tersebut diperparah dengan beban hutang Indonesia yang masih besar dan harus mencicil pembayarannya, yang diperkirakan USD 167 Miliar, ikut mengurangi anggaran pembangunan. Bahkan bila reformasi birokrasi tidak secepatnya dilaksanakan, maka anggaran pembangunan termasuk untuk penanggulangan kemiskinan akan semakin berkurang nilainya karena “diiringi” dengan korupsi pelaksananya.

Berdasarkan berbagai informasi yang tergambar di atas, guna pencapaian target MDGs dalam penanggulan kemiskinan, terdapat empat langkah strategis yang harus dilakukan. *Pertama*, pemerintah perlu mengintegrasikan upaya penanggulangan kemiskinan dan pembiayaan dalam penanggulangannya. Dalam hal ini, sebaiknya pemerintah mendorong upaya yang telah

21 *Kompas*, 11 April 2011

dikembangkan masyarakat sipil untuk bisa berkembang dengan baik, dan bukan malah diganggu dengan program yang tumpang tindih dan tidak produktif. *Kedua*, reformasi birokrasi yang tercakup di dalamnya pemberantasan korupsi, efektifitas pembiayaan dan hasil program dari penanggulangan kemiskinan, good governance, dsb. *Ketiga*, adanya strategi pengurangan hutang yang sistematis dan penghentian hutang baru Indonesia sebagai langkah untuk tidak membebani pembangunan rakyat Indonesia. *Keempat*, penyebaran kampanye yang kontinyu tentang pemahaman bahwa pencapaian MDGs merupakan milik masyarakat dan rakyat telah melakukannya bertahun-tahun sehingga ia terlibat di dalamnya.

Daftar Bacaan:

1. Sumber data Smeru, no.21: Jan-Maret/2007.
2. Sumber, “*Demokrasi sebagai jalan mewujudkan keadilan sosial*”, Gapri, Prakarsa dan TAF, yang dimuat di Inforial Tempo, edisi 23-29 Maret 2009.
3. Position paper, Infid, 2006.
4. Position paper KIKIS, 2003.
5. Tempo, edisi pemilihan presiden 2004.
6. Paket Informasi dasar penanggulangan Kemiskinan, Smeru, 2003.
7. Widayati 2004; CESS 2003; BPSDM Pertanian n.d.; GDRC n.d.
8. Litbang LPM-UPI, tahun 2003.
9. Kajian SMeru, Kapasitas Kelembagaan Penanggulangan Kemsikinan di daerah, jan-maret 2007.
10. Berbagai kajian GAPRI, 2007.
11. Majalah Business review, edisi 03, tahun 08, juni 2009.
12. Kompas, Rabu, 24 Juni 2009),
13. Majalah Tempo, 26 oktober 2008.
14. Imam Sugema, “*Menakar Prestasi SBY-JK*”, *Tempo*, 26 Oktober 2008.
15. Smeru, No. 23: Jul-Sep/2007.
16. Kompas, 29/12/08.
17. Detikfinance, 16/06/2009.

18. Sumber; analisa Position paper, Infid, 2006.
19. Profil TKPK di website Menkokesra, 2004.
20. "Panduan Advokasi SPKD bagi Organisasi Masyarakat Sipil", Jakarta: GAPRI, Desember 2007.



Goal 2:

Pendidikan Dasar Untuk Semua Dalam Ancaman Privatisasi Hak Dasar Rakyat¹

Pengantar

Pendidikan diakui sebagai salah satu hak asasi manusia yang dilindungi Konstitusi. Pendidikan terkait erat dengan hampir semua dimensi pembangunan manusia -- ekonomi, sosial dan budaya. Pendidikan mendukung agenda yang lebih luas termasuk kesehatan, nutrisi, nilai-nilai lingkungan, dan partisipasi masyarakat. Memperluas pendidikan anak perempuan dan perempuan misalnya, memiliki dampak positif terhadap penurunan angka pernikahan dini, angka kematian ibu melahirkan, angka kematian bayi, persoalan gizi, dan dapat meningkatkan angka partisipasi dari generasi berikutnya. Penduduk berpendidikan memiliki akses lebih mudah ke informasi penting tentang bagaimana merespon persoalan-persoalan sosial di masyarakat.

Hubungan antara pendidikan dan pengentasan kemiskinan sangat jelas di mana orang yang berpendidikan memiliki potensi penghasilan pendapatan yang lebih tinggi, dan lebih mampu meningkatkan kualitas hidupnya. Orang dengan setidaknya pendidikan dasar, lebih mungkin untuk memanfaatkan berbagai pelayanan sosial, dan berpartisipasi secara aktif dalam pemerintahan lokal dan nasional melalui pemungutan suara dan keterlibatan masyarakat. Mereka cenderung tidak terpinggirkan dalam masyarakat yang lebih luas. Melalui pendidikan, orang menjadi lebih pro-aktif, memungkinkan mereka memperoleh

¹ *Disusun oleh KAPAL Perempuan dan E-net for justice Indonesia.*

kendali atas kehidupan mereka, dan memperluas jangkauan pilihan-pilihan yang tersedia. Bahkan, kebalikan dari marjinalisasi adalah pemberdayaan, dan pendidikan merupakan salah satu kunci untuk pemberdayaan, baik bagi individu maupun kelompok (UNESCO, 1997).² Kombinasi antara peningkatan kemampuan menghasilkan, pemberdayaan sosial dan politik, dan peningkatan kapasitas untuk berpartisipasi dalam pemerintahan dan komunitas adalah instrumen yang kuat untuk membantu memutus siklus kemiskinan.

Namun demikian, untuk konteks Indonesia peran dan status pendidikan seperti yang dijelaskan di atas sulit untuk ditemukan. Hal itu terjadi – salah satunya – karena gencarnya privatisasi pendidikan di Indonesia. Dalam tulisan ini ditunjukkan bagaimana privatisasi pendidikan di Indonesia menyulitkan rakyat untuk mengakses hak dasar mereka atas pendidikan yang bebas-biaya dan berkualitas yang seharusnya dipenuhi negara, beberapa inisiatif dari masyarakat sipil dalam merespon privatisasi pendidikan tersebut, serta rekomendasi tentang pemenuhan hak dasar pendidikan.

Privatisasi Hak Dasar atas Pendidikan yang Berkualitas

Meskipun Indonesia memiliki sejumlah peraturan perundang-undangan yang menjamin hak setiap warga negara untuk memperoleh pendidikan, saat ini hak tersebut semakin sulit untuk dinikmati oleh sebagian besar rakyat Indonesia, terutama bagi golongan rakyat miskin, rakyat di daerah-daerah terpencil, dan rakyat di daerah pasca konflik dan bencana alam. Hal ini mengindikasikan adanya kecenderungan bahwa pemerintah memperkecil kewajibannya terhadap pemenuhan hak warga negara atas pendidikan. Kebijakan yang memberikan indikasi ini adalah dari aspek penyelenggaraan dan pembiayaan pendidikan dapat dilihat dari beberapa pasal dalam UU No. 20 Tahun 2003, yaitu:

- ❖ Pasal 9 mewajibkan masyarakat memberikan dukungan sumber daya dalam penyelenggaraan pendidikan.
- ❖ Pasal 11, ayat (1) dan (2) menurunkan kadar kewajiban dari ‘keharusan’ memenuhi hak pendidikan menjadi hanya ‘menjamin terselenggarakannya’ pendidikan.
- ❖ Pasal 12, ayat 2 (b) memberikan kewajiban terhadap peserta didik untuk ikut menanggung biaya penyelenggaraan pendidikan, terkecuali bagi yang dibebaskan dari kewajibannya sesuai undang-undang yang ada.
- ❖ Pasal 53 tentang Badan Hukum Pendidikan yang menjelaskan bahwa:

2 UNESCO. 1997. *Adult Education in a Polarizing World*. Paris: UNESCO

- (1) Penyelenggara dan/atau satuan pendidikan formal yang didirikan oleh pemerintah atau masyarakat berbentuk badan hukum pendidikan;
 - (2) badan hukum pendidikan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berfungsi memberikan pelayanan pendidikan kepada peserta didik;
 - (3) badan hukum pendidikan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berprinsip nirlaba dan dapat mengelola dana secara mandiri untuk memajukan satuan pendidikan.
- ❖ Pasal 54 menyatakan juga bahwa: (1) peran serta masyarakat dalam pendidikan meliputi peran serta perseorangan, kelompok, keluarga, organisasi profesi, pengusaha, dan organisasi kemasyarakatan dalam penyelenggaraan dan pengendalian mutu pelayanan pendidikan; (2) masyarakat dapat berperanserta sebagai sumber, pelaksana, dan pengguna hasil pendidikan.

Dampak Privatisasi Pendidikan

Berdasarkan pasal-pasal di atas, terlihat jelas bahwa tanggung jawab penyelenggaraan pendidikan nasional dialihkan dari Negara kepada masyarakat dengan beberapa mekanisme seperti Manajemen Berbasis Sekolah (MBS) pada tingkat SD-SMA dan Otonomi Pendidikan pada tingkat Perguruan Tinggi. Situasi seperti ini menunjukkan adanya proses privatisasi pendidikan di mana Pemerintah telah melegitimasi komersialisasi pendidikan melalui UU Sisdiknas No. 23 Tahun 2003 dengan beberapa PP-nya (PP Standar Nasional Pendidikan No. 19 Tahun 2005, PP Wajib Belajar No. 47 Tahun 2008, dan PP Pendanaan Pendidikan No. 48 Tahun 2008) dengan menyerahkan tanggungjawab penyelenggaraan pendidikan ke pasar. Dalam situasi seperti ini, sekolah-sekolah memiliki otonomi untuk menentukan sendiri biaya penyelenggaraan pendidikan. Terlebih saat ini, terdapat kecenderungan di kalangan sekolah negeri, mulai dari SD sampai SMU, untuk meningkatkan kualitas sekolah mereka sebagai sekolah internasional. Pendanaan sebagian biaya investasi pendidikan dan/atau sebagian biaya operasional pendidikan tambahan yang diperlukan untuk pengembangan sekolah menjadi bertaraf internasional dan/atau berbasis keunggulan lokal dibebankan kepada para orang tua murid. Hal ini tentunya mengakibatkan akses rakyat, terutama bagi rakyat miskin, atas pendidikan yang berkualitas semakin terbatas dan sekaligus juga rakyat menjadi terkotak-kotak berdasarkan status sosial, antara kaya dan miskin.

Pengkotak-kotakan masyarakat juga diciptakan melalui penerapan nilai Islam dalam penyelenggaraan pendidikan di sekolah-sekolah negeri seperti

penggunaan baju panjang pada hari Jumat dan belajar aksara Arab. Di sebagian daerah, Perda-Perda, terutama Perda Pendidikan telah memasukkan hal-hal ini sebagai salah satu substansinya. Sebagai contoh, Perda No. 06 Tahun 2003 Kabupaten Bulukumba yang di dalam salah satu pasalnya, yaitu Pasal 3 ayat (1) menyatakan bahwa “setiap Siswa SD, SLTP dan Siswa SLTA yang akan menamatkan jenjang pendidikan wajib pandai baca Alquran dengan baik dan benar”. Persyaratan kelulusan seperti ini, baik secara langsung maupun tidak langsung, tentunya akan mempengaruhi para siswa yang non Muslim, meskipun jumlah mereka sangat sedikit. Pengaturan seperti ini melampaui kewenangan pemerintah daerah karena syarat kelulusan siswa telah diatur dalam UU No. 20 Tahun 2003 dan PP No. 19 Tahun 2005. Untuk Kota Mataram, perda tentang penyelenggaraan pendidikan (No. 4 Tahun 2009) mengatur tentang keharusan menggunakan baju panjang, terutama untuk para siswa yang beragama Islam. Berdasarkan penelitian KAPAL Perempuan (2010)³, pengaturan seperti ini dalam jangka panjang akan mempercepat proses pengkotakan masyarakat berdasarkan identitas agama. Siswa non Islam segera teridentifikasi sebagai kelompok yang berbeda dengan kelompok mayoritas Islam. Saat ini, para siswa yang diwawancarai mulai merasa ada perbedaan di antara yang beragama Islam dan non-Islam yang kemudian berdampak pada pemilihan kawan. Sebagian besar mereka memilih untuk berkawan dengan agama yang sama.

Dalam konteks privatisasi tersebut, keberhasilan dalam proses mencapai tujuan 2 MDG, pendidikan dasar untuk semua, yang diklaim pemerintah dengan status ‘*on the track*’ dapat dilihat sebagai sebuah situasi di mana angka partisipasi pendidikan yang semakin membaik (*‘on the track’*) tersebut juga mencerminkan tingginya beban biaya yang ditanggung oleh masyarakat dan orang tua. Aksesibilitas pendidikan pada level wajib belajar belum dikategorikan mudah diraih karena masyarakat pun tidak mendapatkannya secara cuma-cuma. Hasil penelitian dari *Indonesia Corruption Watch* (ICW) di tahun 2006 di sepuluh Kabupaten/Kota se-Indonesia menunjukkan bahwa para orang tua/siswa masih menanggung beban biaya pendidikan sebesar Rp 1.5 juta, yang terdiri atas biaya langsung dan tak langsung untuk mengakses pendidikan tingkat Sekolah Dasar. Kebijakan pendidikan dasar gratis yang dikeluarkan Juni 2005 kemarin tidak dapat membendung arus privatisasi pendidikan karena kebijakan ini bukan bersifat wajib. Kebijakan pendidikan

3 KAPAL Perempuan. 2010. Kebijakan Berbasis Syariah di NTB: Keadilan Gender dan Pluralisme di Persimpangan.

dasar gratis ini tidak dilegitimasi dalam PP No. 47 Tahun 2008 tentang Wajib Belajar dan PP No. 48 Tahun 2008 tentang Pendanaan Pendidikan.

Bagi rakyat miskin yang sudah tidak mampu lagi mengakses pendidikan, tingginya biaya pendidikan menyebabkan mereka memutuskan pendidikan dasar anak-anak mereka. Direktur Pendidikan Kesetaraan Direktorat Jenderal Pendidikan Non formal dan Informal Kementerian Pendidikan Nasional (Hamid Muhammad) menyatakan bahwa setiap tahun ada sekitar 580,000 orang anak sekolah dasar putus sekolah, yaitu yang *drop out* di kelas 1 – 3 (*Republika*, 8 Juli 2010).⁴ Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2009 yang mencapai 483,000 orang anak. Jika dilihat dari aspek gender, potensi terbesar untuk putus sekolah dialami oleh anak perempuan. Sensus *E-Net justice* (2007) menemukan bahwa tingginya biaya pendidikan dasar telah menyebabkan sebagian orang tua dari kalangan rumah tangga miskin di Jawa Timur lebih memilih menikahkan anak perempuannya yang masih berusia wajib belajar sembilan tahun.

Selain itu, tingginya pengeluaran orang tua murid dalam pendidikan terlihat juga di Sensus E-net di mana menunjukkan bahwa sebagian besar rumah tangga mengeluarkan biaya pendidikan (rutin dan non rutin) antara di bawah Rp 50.000 sampai di atas Rp 1.000.000. Yang paling besar yaitu 26,6% responden mengeluarkan antara Rp 200.001 hingga Rp 500.000. Padahal sebanyak 39,6% responden adalah rumah tangga miskin dengan pengeluaran uang kurang dari USD 1 per hari. Sehingga dalam hal itu sebagian besar responden (55,6%) yang berada di bawah garis kemiskinan mengeluarkan biaya pendidikan antara Rp 50.000 sampai di atas Rp 1.000.000 dalam setiap bulan. Gambaran ini juga diperjelas dengan gambaran besaran beban biaya pendidikan dalam perbedaannya dengan pembiayaan lain rumah tangga responden. Dari sebelas item kebutuhan rumah tangga yang mempunyai nilai rata-rata di atas Rp 1000.000, ternyata biaya pendidikan berada di urutan Nomor 4 setelah responden mengeluarkan dana untuk belanja sehari-hari, keperluan lain, dan pembayaran cicilan rumah. Hal itu semakin meneguhkan akan tingginya ranking biaya pendidikan formal, sehingga tidak heran bila di sana banyak rakyat Indonesia yang mengorbankan pendidikan anak-anaknya dan lebih mengutamakan keperluan atau kebutuhan rumah tangga lain yang mendesak.

Meski pemerintah telah “menggempur” masyarakat dengan berbagai bantuan

4 *Republika*. 2010. 880 Ribu Anak Indonesia Berpotensi Buta Aksara.

untuk pendidikan, namun kenyataannya tingginya pengeluaran dalam pendidikan masih dirasakan masyarakat. Hal itu terlihat juga di hasil sensus *E-net Justice* di mana hampir semua rumah tangga responden di tiga wilayah mengeluarkan biaya non rutin pendidikan, seperti sumbangan-sumbangan, biaya seragam/jas/lab dsb, biaya LKS (lembaran kerja siswa), biaya buku, biaya alat tulis sekolah, biaya piknik/rekreasi, biaya kado untuk pendidik, biaya pesta kenaikan kelas/perpisahan/wisuda, uang ujian. Gambaran tersebut seolah mempertegas bahwa pungutan resmi dan tidak resmi masih berjalan di sekolah sehingga masyarakat menanggung beban biaya pendidikan yang tinggi, namun dengan kualitas sarana dan prasarana seadanya. Hal itu juga ironis, karena semenjak tahun 2005 pemerintah pusat telah menyalurkan dana Bantuan Operasional Sekolah (BOS) bagi semua provinsi di Indonesia. Akibatnya masyarakat menanggung lebih banyak pengeluaran untuk pendidikan dibanding pemerintah.

Di lain pihak, privatisasi pendidikan juga berakibat maraknya pernikahan dini yang berkontribusi pada tingginya angka putus sekolah bagi anak perempuan.⁵ Kondisi ini berdampak pada meningkatnya jumlah pekerja anak yang juga dapat meningkatkan potensi perdagangan anak, dan buta aksara. Terkait dengan persoalan buta huruf tersebut, klaim pemerintah mengenai status pencapaian tingkat keaksaraan untuk umur 15 – 24 tahun yang saat ini ‘*on the track*’ penting juga untuk dilihat dalam konteks privatisasi pendidikan. Hal ini menunjukkan adanya kontribusi masyarakat yang semakin meningkat dalam pendidikan keaksaraan di tengah-tengah semakin kecilnya anggaran pemerintah untuk memerangi buta aksara. Pada tahun 2009 dan juga tahun 2010, anggaran pemberantasan buta aksara hanya dapat menjangkau sekitar 200.000 orang, atau diperkirakan 2% dari jumlah penduduk yang buta aksara. Penentuan jumlah penduduk yang harus dibebaskan dari buta aksara ini tidak mampu untuk juga mengantisipasi potensi penduduk yang dapat menjadi buta aksara kembali. Mengacu pada data Direktorat Jenderal Pendidikan Non formal dan Informal, Kementerian Pendidikan Nasional, saat ini ada sekitar 880.000 anak di Indonesia setiap tahunnya berpotensi untuk menambah angka buta aksara.

Keberhasilan yang diklaim tersebut harus juga didudukan dalam konteks keaksaraan yang lebih luas. Berdasarkan data BPS dan Direktorat Pendidikan Masyarakat – Kementerian Pendidikan Nasional, sampai Juni 2008, jumlah

5 E-Net for Justice Indonesia, Asian South Pacific Bureau of Adult Education (ASPBAE), dan Global Campaign on Education. 2007. *Indonesia: Summary Report*, Indonesia Monitoring Research.

penduduk Indonesia yang berusia 15 tahun ke atas yang buta aksara masih berjumlah cukup besar, yaitu 9,763,256 jiwa (5.97%) dimana 64% di antaranya adalah perempuan (6,248,484 jiwa). Situasi disparitas buta aksara seperti ini juga tidak membaik pada tahun 2009 dan tahun 2010. Laporan Kependudukan Dunia 2009 yang diterbitkan UNFPA, November 2009, menunjukkan tingginya prosentase buta aksara perempuan Indonesia untuk usia 15 tahun ke atas hampir 3x lipat dibanding laki-laki, yaitu 11.2% untuk perempuan, dan 4.8% untuk laki-laki.

Jika dilihat lebih jauh lagi, prosentase terbesar kelompok penduduk yang buta aksara itu ditemukan pada kelompok perempuan yang berusia di atas 40 tahun, yaitu sekitar 70% dari perempuan-perempuan yang buta aksara. Pendidikan keaksaraan bagi perempuan dewasa seharusnya juga menjadi agenda penting pemberantasan buta aksara. Hasil sensus monitoring pendidikan *E-Net for Justice* tahun 2007⁶ menunjukkan bahwa sebagian besar orang dewasa yang buta aksara yang diwawancarai pada gilirannya menghasilkan generasi buta aksara juga. Hal itu secara jelas dalam sensus di mana tingkat keaksaraan kepala keluarga berkecenderungan bahwa semakin baik tingkat keaksaraan kepala keluarga maka semakin baik tingkat keaksaraan informan atau anggota keluarga. Hal ini terlihat dari presentasi tertinggi di setiap kelompok kemampuan keaksaraan kepala keluarga dibandingkan dengan tingkat keaksaraan informan yaitu di kelompok kepala keluarga Buta Aksara, tingkat Buta Aksara informannya juga tinggi yang mencapai 70,9 persen dari total seluruh informan yang Buta Aksara. Lingkaran kemiskinan dan kebutaaksaraan akan terus berlanjut bila strategi "pemutusan" nya yaitu melalui pendidikan yang bebas biaya dan berkualitas betul-betul dilaksanakan pemerintah.

Klaim-klaim *on the track* terhadap penyediaan akses pendidikan dasar di atas belum dapat menjelaskan seberapa jauh upaya pemerintah Indonesia untuk merealisasikan beberapa aksi kunci bidang pendidikan yang dinyatakan dalam dokumen PBB pada Pertemuan *MDG Action Points*, yaitu: 1) meningkatkan anggaran pendidikan murni hingga 20% dari APBN; 2) memberikan biaya gratis untuk pendidikan, terutama untuk pendidikan dasar; dan 3) memberikan pendidikan inklusif untuk mengakomodir anak-anak dari masyarakat miskin perkotaan, pedesaan, dan kelompok-kelompok masyarakat adat.⁷

6 *Ibid.*

7 United Nation. 2008. *High Level Event on the Millennium Development Goals 25 September 2008. MDG Action Points.*

Inisiatif Masyarakat Sipil

Merespon privatisasi dan dampaknya tersebut, sebagian masyarakat sipil di Indonesia telah dan sedang melakukan kegiatan/program pendidikan alternatif kritis dan advokasi hak pendidikan yang berkualitas dan gratis melalui perubahan kebijakan dan penganggaran. Untuk kegiatan/program pendidikan alternatif kritis, dilakukan peningkatan pengetahuan, kepemimpinan (terutama kepemimpinan perempuan), ketrampilan hidup, dan atau pengintegrasian antar fokus kegiatan tersebut. Organisasi Non-Pemerintah (Ornop) dan atau Jaringan Ornop yang memfokuskan pada pendidikan alternatif kritis ini adalah KAPAL Perempuan - Jakarta, Annisa – Mataram, Kerlip – Bandung, PPSW, Gerbang Rakyat, BACA, PEKKA, LAPAM, ELSAF, RMI, dsb. Sedangkan untuk kegiatan/program advokasi kebijakan dan penganggaran, Ornop dan atau Jaringan Ornop yang melakukannya adalah *Education Network for Justice (E-Net for Justice)*.

Usulan Rekomendasi

Gambaran tulisan di atas mendorong pemerintah Indonesia untuk melakukan aksi-aksi nyata yang bersifat mendesak jika ingin mencapai target EFA dan MDGs pada tahun 2015. Karena itu, kelompok-kelompok masyarakat sipil dan pemerintah perlu bersinergi untuk merumuskan agenda advokasi kebijakan, di antaranya;

1. Advokasi untuk menghentikan privatisasi pendidikan.

Tulisan di atas menemukan bahwa privatisasi pendidikan telah mendorong meningkatnya angka putus sekolah dan buta huruf di kalangan masyarakat miskin. Situasi ini tentu saja bertentangan dengan Pasal 31, ayat 2 UUD 1945 yang diamandemen yang menyatakan bahwa "*setiap warganegara wajib mengikuti pendidikan dasar dan pemerintah berkewajiban untuk membiayainya*". Bahkan hal itu dipertegas di ayat 4 (empat), "*Negara memprioritaskan anggaran pendidikan sekurang-kurangnya 20% dari anggaran pendapatan dan belanja Negara serta dari anggaran pendapatan dan belanja daerah untuk memenuhi kebutuhan penyelenggaraan pendidikan nasional*".

Lebih dari itu, kebijakan yang mengarah kepada privatisasi pendidikan bertentangan dengan UU HAM No. 39/1999 dan Konvensi Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang menjamin setiap warganegara memiliki hak atas pendidikan. Di tingkat internasional, kebijakan ini bertentangan dengan tujuan-tujuan Education for All (EFA) dan Millenium

Development Goals (MDGs) yang memastikan semua warganegara, tanpa kecuali, memiliki akses untuk menyelesaikan pendidikan dasar pada tahun 2015. Karena itu, menjadi amat penting bagi masyarakat sipil untuk secara serius melakukan advokasi untuk menentang berbagai kebijakan privatisasi pendidikan di Indonesia.

2. Advokasi untuk memberikan kesempatan kedua pendidikan bagi perempuan, kelompok marginal, minoritas, kelompok dalam situasi sulit seperti di wilayah konflik dan masyarakat adat.

Gambaran di atas menunjukkan bahwa dampak dari privatisasi pendidikan menyebabkan perempuan dan kelompok marginal, seperti pekerja anak dan mereka yang menikah muda mengalami berbagai kesulitan dalam mengakses pendidikan. Sebagai konsekuensinya peningkatan jumlah anak dan perempuan yang buta huruf disebabkan – salah satunya – tingginya jumlah anak yang putus sekolah khususnya di kalangan masyarakat miskin dan terpinggirkan.

Pada konteks ini, menjadi amat penting untuk mengembangkan kebijakan pendidikan yang menyediakan kesempatan kedua bagi mereka yang putus sekolah atau mereka yang tidak pernah mengecap pendidikan. Kurikulum dan metodologi pendidikan alternatif menjadi amat penting karena pendidikan formal terbukti gagal memenuhi kebutuhan kelompok marginal. Dalam hal itu, pendidikan alternatif harus mampu menyesuaikan kebutuhan-kebutuhan khusus mereka. Agenda advokasi ini seharusnya dipromosikan dengan gencar dalam upaya untuk menegakkan hak rakyat atas pendidikan.

3. Advokasi Program Keaksaraan

Kondisi pendidikan di Indonesia secara gamblang menunjukkan bahwa angka buta huruf jauh lebih tinggi dari pada yang digambarkan pemerintah melalui data nasional. Karena itu aksi mendesak amat dibutuhkan, karena ada kecenderungan peningkatan angka buta huruf melebihi angka putus sekolah untuk tingkat SMP dan Madrasah Ibtidaiyah yang dapat mencapai 200.000 sampai 300.000 anak per tahun.⁸

Aksi nyata yang harus dilakukan pemerintah dalam menyikapi kecenderungan yang mengkhawatirkan ini adalah dengan meningkatkan anggaran untuk program-program keaksaraan sampai minimal mencapai 3 % dari anggaran pendidikan. Hal itu sejalan dengan target-target yang diadvokasi *Global Campaign on Education* (GCE) dan *Asian South Pacific Bureau of Adult Education*

8 Rencana Aksi Keaksaraan Nasional, 2005-2009, 2005.

(ASPBAE). Saat ini, alokasi biaya dari APBN di dalam anggaran pendidikan yang tersedia untuk program keaksaraan fungsional berkisar kurang dari 1% dari total anggaran pendidikan.

Aksi lainnya adalah pemerintah RI harus mengembangkan model program pendidikan keaksaraan, dan menerbitkan bahan-bahan pendidikan keaksaraan yang disesuaikan dengan karakter dan situasi anak didik. Program pengajaran harus berkesinambungan dan spesifik untuk setiap wilayah. Saat ini, program pendidikan keaksaraan dikembangkan secara *homogen* dan didisain serta diterapkan dari atas ke bawah (*top-down*). Selain itu pemerintah juga dituntut untuk meningkatkan fasilitas dan ketrampilan para fasilitator program keaksaraan, meningkatkan gaji guru dan membangun kapasitasnya secara berkelanjutan. Akan lebih bermanfaat jika pemerintah dan organisasi masyarakat sipil melakukan monitoring program keaksaraan ini secara berkala sehingga perbaikan dan peningkatan kualitas dapat dilakukan sesegera mungkin. Jika perlu, Negara menyediakan biaya bagi masyarakat sipil dan kelompok lain yang memiliki kemampuan teruji dalam melakukan program keaksaraan yang efektif.

4. Advokasi kebijakan untuk mendukung kesetaraan gender dan pendidikan berbasis hak.

Dari paparan hasil sebelumnya disebutkan bahwa angka buta huruf perempuan lebih tinggi daripada laki-laki, karena itu perlu prioritas aksi demi turunnyanya gap tersebut. Baik hasil sensus *edwatch* maupun data pemerintah RI menyebutkan bahwa jumlah perempuan buta huruf lebih tinggi dibanding laki-laki buta huruf. Hasil sensus mengungkapkan sebesar 59.5% perempuan adalah buta huruf dan data pemerintah seperti yang dikutip Badan Pusat Statistik menyatakan sekitar 67.9% dari total angka buta huruf adalah perempuan dibandingkan dengan laki-laki yang hanya 32.1%.⁹

Kondisi perempuan seperti tergambar di atas disebabkan – salah satunya – karena masih tingginya angka perkawinan dini perempuan. Karena itu, fenomena pernikahan di usia dini wajib menjadi perhatian utama karena hal itu merupakan sumber terjadinya buta huruf dan putus sekolah.

Tantangan dari advokasi untuk mengurangi pernikahan dini datang dari UU Perkawinan No. 1/1974. Dalam undang-undangan tersebut dinyatakan bahwa batasan umur yang sah bagi perempuan untuk menikah adalah 16 tahun,

⁹ Sensus Sosial Ekonomi Nasional, BPS, 2003.

sehingga seolah mengesahkan fenomena tersebut. Tanpa memperhitungkan batasan umur ini, sebenarnya banyak anak perempuan yang harus menikah muda karena berbagai macam tuntutan. Karena itu, amatlah mendesak untuk melakukan amandemen UU No.1 Tahun 1971 khususnya tentang batasan umur ini menjadi lebih dari 18 tahun dalam upaya untuk menegakkan perlindungan hak-hak anak.

Selain itu, kebijakan tidak tertulis yang dibuat beberapa sekolah yang berkaitan dengan pelarangan melanjutkan sekolah bagi anak perempuan yang menikah dan hamil harus ditinjau ulang. Sebab kebijakan ini telah menghalangi hak mereka untuk mendapatkan kesempatan kedua dan kembali ke sekolah.

Selain itu dalam konteks pemenuhan hak pendidikan bagi semua orang, perlu juga advokasi terhadap rancangan undang-undang (RUU) bagi pekerja rumah tangga (PRT). Tergambar dalam hasil sensus sejumlah anak menjadi pekerja, baik sebagai pekerja rumah tangga, anak jalanan, dsb. Padahal di usia wajib belajar, sejatinya mereka mendapat hak pendidikan yang layak dari fasilitas negara. Karena itu pemerintah perlu mengatur hal itu dalam bentuk aturan yang memungkinkan anak-anak tersebut mendapat hak pendidikan.

5. Advokasi Pencapaian EFA dan MDGs

Semua informasi yang disampaikan memperlihatkan bahwa bila situasi pendidikan masih buram, maka mustahil target EFA atau PUS (Pendidikan Untuk Semua) dan MDGs di tahun 2015 akan tercapai. Dari enam target EFA yang ditetapkan¹⁰, bila disandingkan dengan temuan sensus, maka sulit bagi Indonesia, khususnya di 6 desa penelitian, untuk mampu mencapainya di tahun 2015. Hal itu karena gambaran data dihasilkan jauh dari harapan di target EFA. Pemerintah RI boleh saja mengklaim bahwa angka partisipasi kasar (APK) dan angka partisipasi murni (APM) telah mencapai target EFA, namun dari temuan sensus ternyata hal itu tidak terjadi. Begitu pula dalam hal angka buta huruf dan angka putus sekolah yang dialami penduduk Indonesia

10 Enam target EFA, ialah; (1) memperluas dan memperbaiki pelayanan dan pendidikan anak usia dini, khususnya untuk anak-anak yang paling rentan dan tidak beruntung, (2) memastikan pada tahun 2015, seluruh anak, khususnya anak perempuan, anak-anak dalam situasi sulit dan suku minoritas (masyarakat adat), memiliki akses atas pendidikan dasar berkualitas yang bebas biaya, (3) memastikan kebutuhan pembelajaran dari orang muda dan dewasa dipenuhi melalui akses setara atas pendidikan yang relevan dan program keahlian hidup, (4) mencapai peningkatan perbaikan hingga 50% dalam keaksaraan orang dewasa, khususnya untuk perempuan, serta akses setara atas pendidikan dasar dan lanjutan bagi seluruh orang dewasa, (5) menghapuskan kesenjangan gender di pendidikan dasar dan menengah pada tahun 2005, serta mencapai kesetaraan gender dalam pendidikan pada tahun 2015, dengan fokus memastikan akses sepenuhnya dan setara bagi anak-anak perempuan atas pendidikan dasar berkualitas, dan (6) memperbaiki seluruh aspek kualitas pendidikan dan memastikan keberhasilannya sehingga hasil pembelajaran yang terukur dapat dicapai oleh semua khususnya dalam keaksaraan, berhitung dan keahlian hidup yang penting.

di mana terjadi perbedaan jumlahnya. Hal yang sama juga dalam partisipasi perempuan dalam pendidikan.

Atas dasar gambaran di atas, maka perlu advokasi kepada pemerintah pusat dan daerah untuk secara serius dalam memperhatikan pencapaian EFA dan MDGs khususnya di goal nomor 2. Model advokasi bisa saja berwujud adanya saling sinergis antara pemerintah baik di pusat dan daerah dengan kelompok masyarakat sipil untuk bersama-sama mempetakan kondisi-kondisi yang menyebabkan lambatnya pencapaian tersebut. Langkah selanjutnya adalah integrasi kerja-kerja pemerintah dan masyarakat sipil dalam pendidikan untuk mendukung pencapaian tersebut. Sebagai contoh dalam hal itu adalah pemerintah mulai mempublikasikan inisiatif-inisiatif masyarakat secara swadaya dalam upaya pencapaian EFA dan MDGs dalam laporan pemerintah. Artinya dalam hal itu, pencapaian EFA dan MDGs tidak saja monopoli pemerintah namun juga menjadi kerja masyarakat sebagai warga negara.



Goal 3:

Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Target 4 “Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015”.

Indikator:

1. Partisipasi perempuan dan laki-laki di sektor pendidikan:
2. Penguatan di sektor pekerjaan dan partisipasi di ruang publik.
 - a. Proporsi kursi di DPRD yang diduduki perempuan.
3. Diskriminasi terhadap perempuan dalam peraturan-peraturan daerah
4. Pengarusutamaan gender di dalam pelaksanaan program-program pemerintah.
5. Seksualitas
6. Konvensi Penghapusan Segala Diskriminasi terhadap perempuan.
7. Kekerasan terhadap perempuan

A. Situasi Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan di Indonesia

Mengacu pada target MDGs khususnya goal 3 (tiga), ada beberapa situasi di Indonesia yang sebenarnya bukan merupakan peristiwa “kebetulan” semata. Sebab di tahun yang sama dimana komitmen dan upaya MDGs dimulai Indonesia telah memiliki acuan Pengarusutamaan Gender yang dikukuhkan dalam Inpres No.9 tahun 2000. Selain itu kesetaraan dan keadilan gender serta jaminan bagi perempuan untuk memperoleh hak dan kesempatan yang

sama baik dalam segala aspek juga telah diakui hampir 20 (duapuluh) tahun lebih dengan meratifikasi Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan dalam Undang-Undang No.7 Tahun 1984. Konferensi tingkat dunia keempat di Beijing pun telah melahirkan 12 (duabelas) point penting untuk mendorong perubahan situasi ketimpangan gender dan mengurangi gap terhadap akses, manfaat, kontrol, dan partisipasi antara perempuan dan laki-laki.

Atas beberapa hal tersebut, seharusnya Tujuan Pembangunan Millenium terutama goal 3 menjadi sarana yang efektif untuk mensinergikan banyak hal yang sudah ditetapkan dan menjadi komitmen negara untuk mendorong perubahan yang signifikan pada kehidupan kaum perempuan dalam pembangunan.

Tujuan 3 dalam MDGs dapat menguatkan upaya bahwa Pemerintah untuk mengimplementasikan segala komitmen yang dideklarasikan melalui hasil-hasil konferensi dunia tentang perempuan yang menjadi hukum internasional dengan standar hak asasi manusia menjadi jauh lebih kuat dan dipahami oleh perumus kebijakan dan pengambil keputusan di Indonesia. Namun 10 (sepuluh) tahun lebih MDGs berjalan ternyata bukan perkara yang mudah untuk mewujudkan tujuan 3 dan target yang ditetapkan sebagai indikasi bahwa kesetaraan dan keadilan gender sudah menjadi sebuah konsep yang mendasari setiap keputusan dan pembuatan kebijakan pembangunan di Indonesia.

Indikator 1; Partisipasi perempuan dan laki-laki di sektor pendidikan:

Laporan pemerintah mengenai pencapaian MDGs pada tahun 2009 menunjukkan bahwa pembangunan di bidang pendidikan sudah “*on the track*” dengan MDGs, dengan indikator pencapaian rasio APM L/P pendidikan dasar mendekati 100%. Namun laporan tersebut seharusnya dapat menggambarkan realitas dan gap yang terjadi di daerah.

Secara nasional persentase pencapaian APM-SD meningkat dari 93,54% pada tahun 2006, meningkat menjadi 93,99% pada tahun 2008, meskipun tidak ada perbedaan yang signifikan antara anak laki-laki dan anak perempuan. Sementara pada jenjang SMP selama periode tahun 2006-2008 berkisar 66%, angkanya masih di bawah APM-SD, meskipun demikian mengalami kenaikan walaupun tidak signifikan, yaitu dari 66,52% tahun 2006 menjadi 66,98%

tahun 2008.

Demikian halnya dengan APM-SMA selama periode tahun 2006-2008 berkisar 43-44% dan angka ini juga lebih rendah apabila dibandingkan dengan APM SD dan SMP. Tidak ada perbedaan pencapaian yang nyata antara anak laki-laki dan anak perempuan. Yang menarik dan perlu mendapatkan perhatian adalah adanya perbedaan pencapaian berdasarkan jenjang pendidikan tertentu antara wilayah pedesaan dan perkotaan. Di pedesaan APM-SD cenderung lebih tinggi dari pada di perkotaan dan ini terjadi selama kurun waktu tersebut, dan sebaliknya APM-SMP dan SMA di perkotaan lebih tinggi dibanding perdesaan. Artinya di pedesaan masih banyak penduduk yang hanya mampu menyekolahkan anaknya sampai pada jenjang Sekolah Dasar (SD).

Angka melek huruf untuk perempuan berusia 15 tahun ke atas pada tahun 2008 adalah 89,10%. Jika dibandingkan ke tiap-tiap provinsi, masih banyak provinsi yang persentase melek hurufnya di bawah standar nasional, yaitu Sulawesi Tenggara (87,89%); NTT (85,68%); Jawa Tengah (84,89%); Sulawesi Selatan (84,15%); Kalimantan Barat (83,55%); D.I Yogyakarta (82,64%); Jawa Timur (82,64%); Bali (81,20%); NTB (73,47%); dan Papua (66,61%). Jadi meskipun pemerintah mengumumkan kemajuan di dalam beberapa program melek hurufnya, tapi harus diakui bahwa masih banyak perempuan wilayah yang masih belum bisa membaca dan menulis. Laporan Kependudukan Dunia 2009 yang diterbitkan UNFPA, November 2009, menunjukkan tingginya prosentase buta aksara perempuan Indonesia untuk usia 15 tahun ke atas hampir 3 kali lipat dibanding laki-laki, yaitu 11.2% untuk perempuan, dan 4.8% untuk laki-laki.

Indikator 2; Penguatan di sektor pekerjaan dan partisipasi di ruang publik.

Dalam berbagai analisis sosial yang mengintegrasikan konsep kesetaraan gender merekomendasikan adanya tindakan afirmasi agar pembangunan dapat dinikmati secara adil untuk semua warga negara, baik laki-laki maupun perempuan. Salah satunya tindakan afirmasi tersebut adalah syarat kuota minimal 30% keterwakilan perempuan di setiap level dalam pengambilan keputusan, perumusan kebijakan mulai dari tingkat nasional sampai dengan daerah. Kuota tersebut diharapkan dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap produk-produk kebijakan, perencanaan program, alokasi anggaran, implementasi sampai dengan monitoring dan evaluasi. Namun dalam

implementasinya belum dapat mendorong partisipasi perempuan posisi pengambilan keputusan di semua tingkatan. Posisi pengambilan keputusan di ruang domestik maupun di ruang publik masih didominasi oleh kaum laki-laki.

a. Pengambilan Keputusan di Ruang Publik

Jumlah perempuan pengambil keputusan di legislatif masih jauh dari cita-cita untuk mewujudkan *gender balance* (keseimbangan jumlah antara laki-laki dan perempuan). Sepuluh tahun kelompok perempuan terus berusaha mengintegrasikan kebijakan afirmasi dalam Paket Undang-Undang Politik (Undang-undang Partai Politik, Undang-undang Susunan dan Kedudukan Dewan Perwakilan Rakyat dan Undang Pemilihan Umum) untuk mendorong peningkatan jumlah perempuan di Parlemen, sekurang-kurangnya hingga 30%.

Hasilnya, kebijakan afirmasi diakomodir dalam paket Undang-Undang Politik tahun 2004 dan UU Paket Politik tahun 2008. Namun hasil akhir dari Pemilihan Umum di tahun 2004 dan tahun 2009, tetap menunjukkan capaian jumlah perempuan di legislatif di bawah 30 % .

Hasil Pemilihan Umum 2009 yang lalu, menunjukkan jumlah perempuan legislator di Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR RI) periode 2009-2014 mencapai 18% atau 101 perempuan dari 560 kursi yang tersedia. Hasil ini menunjukkan peningkatan dibanding jumlah perempuan di DPR RI periode 2004-2009 yang hanya mencapai 11,8% atau 65 perempuan dari 550 kursi yang tersedia. Jika dilihat dari capaian perolehan suara pada pemilihan umum untuk DPR RI periode 1999-2004 yang hanya mencapai 9,2 % atau 40 perempuan dari 436 kursi yang tersedia, perolehan suara perempuan pada pemilihan umum 2009 mengalami peningkatan hampir 100%. Sedangkan Jumlah Perempuan di Dewan Perwakilan daerah (DPD) untuk periode 2009-2014 mencapai 27,2%

Jumlah keterwakilan perempuan di lembaga dewan perwakilan rakyat yang lebih rendah, yaitu DPRD tingkat provinsi dan DPRD tingkat Kabupaten/Kota secara umum mengalami peningkatan, meskipun di beberapa provinsi dan Kabupaten/kota masih ada yang 100% didominasi oleh laki-laki. Dari 440 Kabupaten/Kota beberapa di antaranya mampu mencapai 30% keterwakilan perempuan di DPRD seperti di Depok dan Salatiga. Sedangkan di tingkat provinsi, dari 33 provinsi di Indonesia,

tidak satu pun provinsi yang memiliki keterwakilan perempuan hingga 30%. Problem lain yang muncul dari gerakan meningkatkan keterwakilan di lembaga perwakilan rakyat adalah, tidak adanya penelitian dan pendataan secara menyeluruh terhadap keterwakilan perempuan di lembaga perwakilan rakyat.

Jumlah keterwakilan perempuan di lembaga perwakilan tingkat desa, Badan Perwakilan Desa (BPD) maupun Dewan Kelurahan (Dekel) sangat rendah. Dari jumlah desa dan kelurahan di Indonesia yang jumlahnya lebih dari 70.500 desa/kelurahan, rata-rata keterwakilan perempuan tidak mencapai 1 %. Hal ini terjadi karena proses pemilihan BPD maupun Dekel dilakukan dalam pertemuan warga yang dihadiri oleh Kepala Keluarga. Sedangkan Kepala Keluarga adalah suami (laki-laki), sebagaimana diatur dalam undang-undang perkawinan.

Jumlah Perempuan di eksekutif atau pemerintahan juga masih rendah. Pada periode 2004-2009, hanya ada tiga perempuan atau 8,3 % dari 36 menteri dalam Kabinet. Sedangkan pada periode tahun 2009 hanya ada empat perempuan dalam Kabinet. Di tingkat daerah, dari 33 provinsi, hanya ada 1 orang gubernur perempuan di Propinsi Banten dan dari 440 kabupaten/kota hanya ada 8 perempuan atau 1,8 % Kepala Daerah.

Untuk keterwakilan perempuan di posisi-posisi strategis di pemerintahan, jumlah perempuan yang menduduki eselon I di bawah 5%, Sedangkan eselon II dan III di tiap-tiap kementerian, berkisar 6 % sampai 25% . Sedangkan di tingkat daerah jumlah perempuan di eselon 1,2 dan 3 jauh lebih sedikit. Bahkan beberapa daerah tidak ada perempuan yang duduk di eselon 1,2 dan 3. Posisi–posisi perencana tingkat Kementerian atau dinas umumnya diduduki oleh laki-laki dan hampir semua pimpinan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) dijabat oleh laki-laki.

Untuk mengatasi situasi dominasi laki-laki, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan aktif melakukan lobby agar didirikan kelembagaan Pengarus Utamaan Gender dan anak (PUG dan PUA) hingga kini terdapat kelembagaan PUG dan PUA di sembilan Kementerian/lembaga, 32 provinsi dan di 120 Kabupaten/kota.

Rendahnya keterwakilan perempuan di tingkat eksekutif maupun legislatif di semua tingkatan sejak desa/kelurahan hingga pemerintahan di tingkat pusat berdampak pada lahirnya kebijakan maupun tindakan

administratif yang tidak sensitif terhadap perempuan. Rendahnya keterwakilan perempuan juga berdampak pada rendahnya alokasi anggaran untuk menyelesaikan persoalan kemiskinan, layanan publik dan ketidakadilan gender dalam Anggaran Dana Desa (ADD), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) juga Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Hal ini berarti upaya untuk mengatasi kemiskinan dan ketidakadilan mengalami hambatan struktural.

b. Pengambilan Keputusan Dalam Rumah Tangga

Pengambilan keputusan dalam rumah tangga masih didominasi oleh laki-laki yang berkedudukan sebagai kepala keluarga. Dominasi ini berakibat pada, pilihan prioritas dalam pemenuhan kebutuhan keluarga, beban kerja berlebih bagi perempuan bahkan berdampak pada ketidakadilan dalam pangan dalam rumah tangga.

Dominasi pengambilan keputusan oleh laki-laki juga mereproduksi kekerasan dalam rumah tangga dan larangan bagi perempuan untuk aktif di ranah publik

Indikator 3; Diskriminasi terhadap perempuan dalam peraturan-peraturan daerah

Diskriminasi yang kerap dialami oleh kaum perempuan saat ini juga menjadi kendala penting dalam upaya pencapaian goal 3 MDGs. Budaya Patriarkhi yang masih sangat kuat dalam masyarakat terejahwantahkan mulai dari cara pandang dan nilai masyarakat terhadap perempuan, kebijakan-kebijakan yang dihasilkan, sampai dengan program pembangunan yang cenderung menempatkan perempuan pada posisi yang tidak setara. Pemerintah melalui Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) menyebut bahwa telah dievaluasi kurang lebih 13.500 Peraturan Daerah (Perda) yang dinilai tidak efektif, namun tidak membawa perubahan yang berarti terhadap upaya pencabutan dan pembatalan perda-perda yang diskriminatif terhadap perempuan dan kepada masyarakat miskin. Sebab keseluruhan perda yang dievaluasi oleh Kemendagri sebagian besar adalah perda yang mengatur soal retribusi.

Komisi Nasional Penghapusan Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) mengkalkulasikan sampai dengan tahun 2012 terdapat lebih dari 200 perda baik secara substansi dan implementasinya tidak berpegang pada prinsip Hak Asasi Manusia dan keadilan gender. Bias pikir dan pemahaman

HAM yang lemah membuat perda yang disusun dan dirumuskan cenderung menempatkan perempuan sebagai korban sekaligus pelaku kriminal. Perda-perda tersebut mengatur mulai dari cara perempuan berbusana, berperilaku, sampai dengan pembatasan jam keluar malam yang secara keseluruhan disandarkan pada konsep syariah yang keliru dan multitafsir.

Kebijakan di tingkat paling lokal, yang selama ini kerap dinamai sebagai kearifan lokal dan kekayaan etnis juga cenderung menempatkan perempuan dalam posisi yang tidak setara. Di wilayah Nusa Tenggara Timur (NTT) memberlakukan adat belis, dimana perempuan atau anak perempuan dapat dipertukarkan dengan ternak, tanah atau yang lainnya dalam perkawinan. Masih dalam isu yang sama di beberapa daerah adat di Indonesia juga memberlakukan kebiasaan menjodohkan atau menikahkan anak sejak dari dalam kandungan, hal ini membuat perempuan kehilangan ruang dan kebebasan untuk menentukan hak hidup, berpasangan, atau memilih pasangan sesuai dengan pilihannya sendiri.

Sebagian masyarakat di wilayah Indonesia Timur juga masih percaya bahwa tubuh dan diri seorang perempuan sangat rentan dengan roh jahat, sehingga ketika perempuan mengalami menstruasi dan persalinan mereka harus diasingkan ke hutan atau sejauh mungkin dari lingkungan penduduk agar masyarakat tidak diganggu oleh pengaruh-pengaruh jahat. Mencermati kebiasaan-kebiasaan adat yang berlaku tentunya menjadi sangat linier dengan Angka Kematian Ibu melahirkan dan bayi pada saat dalam kandungan dan pada saat pasca persalinan.

Hal lain yang sangat ironis sebagian masyarakat juga masih membenarkan dan menjalankan ritual-ritual atas nama adat dan agama dengan melakukan sunat perempuan dengan cara memotong, melukai, atau menghilangkan bagian genital bayi atau anak perempuan dengan alasan kebersihan dan kesucian. Indonesia sebenarnya telah melakukan upaya yang cukup positif dengan pelarangan tindakan sunat perempuan lewat kebijakan peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Tetapi Kementerian Kesehatan justru melakukan upaya yang bertolak belakang dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 1636 tahun 2010, yang mengatur tata cara penyunatan anak perempuan oleh tenaga medik. Dengan melegitimasi sunat perempuan, Indonesia telah melegitimasi pola tingkah laku sosial dan budaya berdasarkan prasangka-prasangka inferioritas dan superioritas serta stereotype atas laki-laki dan perempuan.

Indikator 4; Pengarusutamaan gender di dalam pelaksanaan program-program pemerintah.

INPRES 9/2000 tentang Pengarusutamaan Gender (PUG) menjadi dasar perencanaan program-program pengarusutamaan gender di semua tingkatan. Inpres ini juga sudah dikembangkan menjadi beberapa peraturan, seperti:

- Kepmenkes 1712/2002 ttg PUG-BK dgn *focal point* Dit. Bina Kesga & Biro Perencanaan
- Surat Edaran No. 615/Menkes/E/IV/2004, tentang pelaksanaan PUG-BK
- Kepmenkes 878/2006 ttg *focal point* di setiap Unit Utama
- Kepmenkes 423/2008 ttg Pusat Pelatihan Gender Bidang Kesehatan (PPG-BK)
- Kepmenkeu No 119 Tahun 2009, yang mensyaratkan agar dalam penyusunan rencana dan anggaran menggunakan analisa gender.

Meskipun Inpres tersebut sudah 10 tahun berjalan, di mana instruksi ini harus dilaksanakan oleh semua kalangan masyarakat baik yang tergabung dalam lembaga pemerintah (departemen dan non departemen), organisasi profesi, organisasi swasta, organisasi keagamaan maupun pada unit masyarakat yang terkecil yaitu keluarga, namun Inpres tersebut masih tidak dapat dilaksanakan secara optimal karena beberapa hal, seperti:

- Belum meratanya pemahaman tentang konsep gender, strategi PUG dan KKG di kalangan *decision makers*
- Inpres No.9/2000 hanya untuk eksekutif kurang menjangkau legislatif dan masyarakat
- Pengenalan strategi PUG belum menjawab kebutuhan sektor dan daerah secara kontekstual
- Belum digunakannya analisis gender dalam perencanaan pembangunan.
- Terbatasnya indikator gender yg dapat digunakan untuk menganalisis dan menyusun kebijakan.
- Struktur pemerintahan yang sudah terdesentralisasi, sehingga pelaksanaan program terbentur oleh masalah birokrasi dan struktural.
- Konsep gender juga tidak dikaitkan dan disesuaikan dengan kepercayaan dan tradisi sosial-budaya serta agama di Indonesia.

Sejatinya, Program Pengarusutamaan Gender dipimpin dan dikoordinir oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Kementerian ini nampaknya pun secara teoritis sudah matang dan sempurna dalam melakukan pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak, terbukti dengan terbentuknya Pokja Bidang Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak di tingkat pemerintahan, yang terbagi kembali menjadi lima sub-bidang, yaitu: Pengarusutamaan Gender; Kualitas Hidup dan Perlindungan Perempuan; Perlindungan Anak; Pemberdayaan Lembaga Masyarakat dan Dunia Usaha; dan Data dan Informasi Gender dan Anak.

Sayangnya, upaya yang dilakukan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPP PA) tidak didukung dengan menempatkan KPP PA pada struktur penyelenggara negara yang kuat, sehingga dukungan anggaran program dan fasilitas yang akan digunakan oleh KPP PA untuk menjalankan strategi PUG pun hanya terbatas pada sosialisasi semata, tanpa melakukan penguatan kapasitas karena minimnya anggaran. Selain itu budaya birokrasi yang ada pada struktur penyelenggara negara tidak memiliki pemahaman yang gender dan melihat kebutuhan laki-laki dan perempuan secara proporsional, sehingga di dalam perumusan program dan pengalokasian anggaran responsif gender (yang dialokasikan untuk menyokong kegiatan kesejahteraan perempuan) tidak dimasukkan—apalagi di tingkat nasional. Birokrasi cenderung terpaku pada data yang ada.

Selama ini pemerintah menggunakan analisa gender hanya berdasarkan gap laki-laki/perempuan, yang akhirnya bersifat sangat teknis, tapi tidak diberikan analisa perspektif yang cukup sesuai dengan kebutuhan.

Mengguritanya akar patriarki yang demikian kuat di tengah-tengah kehidupan masyarakat dinilai membuat isu-isu gender menjadi *bias* dan salah kaprah. Banyak kaum lelaki yang merasa khawatir bahwa gender akan membuat peran kaum lelaki menyempit. Bahkan, tak jarang yang berpandangan bahwa gender merupakan bentuk “perlawanan” kaum perempuan terhadap kodrat yang akan menyingkirkan peran kaum lelaki di sektor publik. Selain itu, dirasakan juga masih belum muncul sentuhan politik, kebijakan, kelembagaan, atau informasi yang memberikan dukungan secara penuh, massif, dan simultan terhadap implementasi PUG pendidikan.

Indikator 5; Seksualitas

Menurut data statistik Indonesia berdasarkan sensus tahun 2000, angka

penduduk Indonesia usia 15+ yang sudah menikah adalah 652/1000, artinya dari 1.000 penduduk usia 15+, 652 orang sudah berstatus kawin. Menurut Ketua Satgas Perlindungan Anak (IDAI), dr. Rahmat Sentika, berdasarkan data BPS tahun 2002, di Indonesia 34,2% perempuan menikah di bawah usia 15 tahun, sementara laki-laki, 11,9%.

Pernikahan di bawah umur yang selalu diidentikkan banyak terjadi pada wilayah pedesaan ternyata marak pula di perkotaan. Tentunya dengan alasan dan faktor pendorong yang berbeda sesuai dengan tingkat kesadaran dan pendidikan masyarakat. Secara umum, tingginya angka pernikahan di bawah umur pada wilayah yang tergolong pedesaan ini lebih dipengaruhi oleh faktor tradisi. Semisal; adanya keyakinan masyarakat tradisional untuk tidak menolak pinangan pertama kepada anak perempuannya. Juga banyak orang tua yang takut anak gadisnya mendapat status perawan tua. Dengan tradisi yang lebih religius, orang tua takut anaknya menjadi korban pergaulan bebas bila tidak segera menikah.

Di Kabupaten Malang misalnya, pada 2008 angka pernikahan di bawah umur (kisaran 16 hingga 20 tahun) mencapai 26,9 persen dari rata-rata total pasangan yang menikah sebanyak 23 ribu per tahun. Lebih detail ditemukan dari data ini bila angka tertinggi terjadi di Kecamatan Jabung (197 pasangan atau 55,49 persen). Berikutnya disusul Kecamatan Ngantang dan Pujon. Di Kota Malang, hingga akhir September 2008 lalu terjadi sepuluh pernikahan di bawah umur yang tercatat di Pengadilan Agama. Padahal pada tahun sebelumnya hanya tercatat dua pernikahan saja. Ini berarti dalam satu tahun terjadi peningkatan 500 persen. Satu-satunya undang-undang yang mengatur perkawinan adalah UU No. 1 Tahun 1974 tentang perkawinan, yang artinya UU ini dibuat kurang lebih 36 tahun yang lalu di mana kondisi sosial, ekonomi dan politik yang jauh berbeda dengan kondisi saat ini. UU ini menjadi penguat terjadinya pernikahan di bawah umur, karena UU ini menyebutkan bahwa usia minimal untuk menikah bagi perempuan adalah 16 tahun, padahal pada saat itu perempuan secara psikologis dan medis, meski si anak sudah akil balik, alat-alat reproduksi yang lain belum berkembang sempurna. Buktinya, perempuan yang menikah muda (atau yang telah aktif secara seksual di bawah usia 18 tahun) lebih rentan terkena kanker leher rahim karena berisiko tinggi mengalami luka di leher rahim. Penyebabnya, kemampuan organ untuk menyembuhkan diri sendiri saat terluka, belum berkembang sempurna. UU ini pun bertentangan dengan pasal 82 dan 88 Undang-Undang No 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan

Anak, serta pasal 290 KUHP mengenai pencabulan anak di bawah umur. Dasar hukum lain yang mendukung terjadinya perkawinan di bawah umur adalah: Kompilasi Hukum Islam/KHI (untuk WNI Muslim) Tahun 1991 yang pada pasal 15 disebutkan bahwa batas usia perkawinan sama seperti UU Perkawinan; dan Hukum Adat yang memberikan kewenangan kepada orangtua untuk menikahkan anaknya-meskipun untuk membayar hutang (dan hukum adat lainnya yang mendukung terjadinya perkawinan di bawah umur).

Menurut ahli perkembangan anak, secara psikologis, ada tiga alasan mengapa anak 16 tahun belum dianggap matang berumah tangga. Pertama, emosi masih labil dan menjadi masa-masa paling kemrungsung karena berada dalam transisi: bukan anak-anak, tetapi dewasa juga belum. Kedua, seseorang dalam taraf ingin bergaul sebanyak mungkin (periode *gang age*). Ketiga, masa ini periode mencari identitas.

Indikator 6: Konvensi penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan.

Pada Sidang Komite CEDAW di New York Tahun 2007 yang lalu, pemerintah Indonesia telah mengikuti sidang pembahasan laporan negara pihak terkait dengan implementasi CEDAW di Indonesia. Dalam Rekomendasi Umum disebutkan bahwa Indonesia telah memiliki beberapa kemajuan dalam perlindungan dan upaya menghapus diskriminasi terhadap perempuan baik lewat kebijakan yang dibuat oleh Pemerintah, seperti Undang-Undang No 21 Tahun 2007 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang, Undang-Undang No 13 Tahun 2006 tentang Perlindungan Saksi Korban, Undang-Undang No 23 Tahun 2004 tentang penghapusan Kekerasan dalam rumah tangga yang secara eksplisit memberikan titik tekan langsung pada upaya perlindungan perempuan dan anak dan penghapusan diskriminasi. Dalam kesempatan ini juga jaringan masyarakat sipil juga menyusun laporan alternatif yang juga dibahas bersama dalam sidang, meskipun beberapa kebijakan-kebijakan diatas dikeluarkan di Indonesia, namun beberapa hal mengenai kebijakan di Indonesia bertolak belakang dengan komitmen pemerintah sendiri untuk mengimplementasikan CEDAW, tercatat semenjak kebijakan otonomi daerah diberlakukan sepanjang itu juga kebijakan yang diskriminatif terhadap perempuan di tingkat lokal bermunculan, seperti pembatasan jam malam, penutupan lokasi prostitusi yang tidak melahirkan solusi baru untuk mengeluarkan kaum perempuan dari kemiskinan dan kekerasan, penertiban kelompok masyarakat miskin yang diberlakukan dengan cara-cara kekerasan

dengan melecehkan perempuan seperti penggusuran, razia, penangkapan yang sering salah sasaran, juga aturan-aturan berbusana yang membatasi perempuan.

Selain itu terkait dengan permasalahan perkawinan, Indonesia masih belum juga meratifikasi Undang-Undang No 1 Tahun 1974 Tentang Perkawinan, di mana masih membuat ketentuan usia menikah untuk perempuan di bawah 18 tahun (dalam KHA Usia anak) yaitu 16 tahun bagi perempuan dan 19 tahun bagi laki-laki untuk menikah, sehingga dijadikan alasan untuk anak perempuan untuk tidak melanjutkan pendidikannya dengan baik dan cukup. Pernikahan usia anak juga membuka peluang bagi anak-anak perempuan rentan diperdagangkan dan menjadi pekerja migran ilegal karena harus memalsukan identitasnya agar dapat bekerja. Selain itu juga perkawinan usia dini juga berpotensi bagi besarnya angka gagal melahirkan dan kesehatan reproduksi perempuan karena kurang siapnya organ reproduksi kesehatan perempuan.

Masih terkait dengan rekomendasi umum, Komite juga meminta pemerintah Indonesia untuk segera melakukan perlindungan terhadap pekerja perempuan, khususnya pekerja migran dengan mengamandemen Undang-Undang No 39 tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri juga meratifikasi Konvensi PBB 1990 tentang Perlindungan Buruh Migran dan anggota keluarganya. Namun kenyataannya sampai dengan tahun 2010 ini pemerintah masih belum berinisiatif untuk melaksanakan rekomendasi tersebut. Sementara kasus-kasus kekerasan dan pelanggaran HAM yang dialami oleh buruh migran Indonesia semakin tahun semakin meningkat jumlahnya. *Migrant Care* mencatat sampai dengan Tahun 2010 saja kasus TKI yang meninggal atau mengalami kekerasan di negara penerima terus mengalami peningkatan.

Secara keseluruhan, pemerintah masih belum menginternalisasi CEDAW dalam berbagai kebijakan dan program pembangunan sebagai konsekuensi keikutsertaan Indonesia dalam mengimplementasikan Konvensi CEDAW, dari data kualitatif yang diperoleh Koalisi Perempuan Indonesia saja, ternyata masih banyak aparat pemerintah mulai dari tingkat nasional sampai dengan daerah yang kurang memahami Konvensi CEDAW. Hal ini juga diperkuat dengan persoalan koordinasi antar lembaga yang masih belum baik dalam tatanan penyelenggara negara, sehingga program-program seperti pengarusutamaan gender pun menjadi sulit untuk dijalankan.

Sebagai akibatnya, pengarusutamaan gender hanya berkisar pada eksekutif saja, sementara para legislatif, dan pemerintah daerah belum menginternalisasi

PUG ke dalam pelaksanaan program kerja mereka. Hal ini kemudian memunculkan 207 kebijakan daerah yang diterbitkan di tingkat provinsi (56 kebijakan), tingkat kabupaten/kota (164 kebijakan) dan di tingkat desa (satu kebijakan) antara tahun 1999 hingga 2011 menjadi sarana pelembagaan diskriminasi terhadap perempuan, baik dari tujuannya maupun sebagai dampaknya. Kehadiran kebijakan daerah yang diskriminatif menyebabkan Indonesia semakin jauh dari cita-cita negara bangsanya untuk menghadirkan kesejahteraan, keadilan dan kebhinekaan bagi semua.

Kebijakan-kebijakan daerah yang diskriminatif tersebut diterbitkan di 69 kabupaten/kota di 21 provinsi. Lebih dari setengah kebijakan daerah yang diskriminatif (80 kebijakan) diterbitkan nyaris secara serentak, yaitu antara tahun 2003 dan 2005. Jawa Barat, Sumatera Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Barat dan Jawa Timur adalah enam provinsi yang kabupatennya paling gemar menerbitkan kebijakan daerah yang diskriminatif. Hanya ada 23 kebijakan daerah di tingkat provinsi (4 kebijakan), kabupaten/kota (16 kebijakan) dan desa (3 kebijakan) yang bertujuan memenuhi hak korban atas pemulihan. (ii)

Dari 207 kebijakan daerah yang diskriminatif tersebut, sebanyak 64 kebijakan secara langsung diskriminatif terhadap perempuan melalui pembatasan hak kemerdekaan berekspresi (21 kebijakan yang mengatur cara berpakaian), pengurangan hak atas perlindungan dan kepastian hukum karena mengkriminalisasi perempuan (37 kebijakan tentang pemberantasan prostitusi dan satu kebijakan tentang larangan khalwat), dan pengabaian hak atas penghidupan dan pekerjaan yang layak bagi kemanusiaan (empat kebijakan tentang buruh migran). Komnas Perempuan juga menyatakan bahwa dari 154 perda diskriminatif, 64 perda di antaranya membatasi kebebasan berekspresi perempuan, 21 aturan membatasi cara berpakaian, dan 37 peraturan lainnya berkedok pemberantasan prostitusi yang kemudian membuat perempuan menjadi rentan mengalami kriminalisasi.

Di antara Perda diskriminatif tersebut, salah satunya adalah aturan tentang larangan *khalwat* di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam memberlakukan hukuman cambuk yang bertentangan dengan konvensi HAM. Sedangkan empat Perda cenderung menyudutkan buruh migran dan 82 peraturan mengatur tentang agama. Selebihnya, 82 kebijakan daerah mengatur tentang agama yang sesungguhnya merupakan kewenangan pusat dan telah berdampak pada pembatasan kebebasan tiap warga negara untuk beribadat menurut

keyakinannya dan mengakibatkan pengucilan kelompok minoritas. Sembilan kebijakan lainnya merupakan pembatasan atas kebebasan memeluk agama bagi kelompok Ahmadiyah. Semua hak-hak yang dibatasi atau dikurangi ini merupakan hak-hak konstitusional yang dijamin bagi setiap warga negara Indonesia tanpa kecuali, terutama hak atas:

- a) Kedudukan yang sama dalam hukum dan pemerintahan,
- b) Kebebasan menyatakan pikiran dan sikap sesuai dengan hati nurani,
- c) Penghidupan yang layak bagi kemanusiaan,
- d) Perlindungan dari ancaman ketakutan untuk berbuat sesuatu yang merupakan hak asasi, dan
- e) Bebas dari perlakuan diskriminatif.

Indikator 7; Kekerasan terhadap perempuan

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Komnas Perempuan, dalam dua tahun terakhir kasus kekerasan terhadap perempuan meningkat sebanyak 263%, dari 54.425 kasus pada 2008 menjadi 143.586 kasus pada tahun 2009, dan sementara itu masih banyak proses peradilan yang masih bias jender.

Salah satu faktor yang sangat kuat dan berpengaruh terhadap terjadinya kekerasan terhadap perempuan adalah budaya patriarki yang sudah berpuluh-puluh tahun terinternalisasi ke dalam nilai-nilai budaya masyarakat Indonesia. Misalnya, kasus KDRT di Bali, budaya patriarki membuat perempuan Bali enggan melaporkan kekerasan dalam rumah tangganya kepada yang berwajib karena akan berlanjut pada perceraian. Perempuan Bali yang bercerai akan kembali ke rumah asal, tetapi tidak punya hak waris dan menjadi beban saudara laki-laki.

Pada tahun 2012 Komnas Perempuan juga mempublikasikan hasil survey kekerasan terhadap perempuan yang terjadi sepanjang rentang Tahun 2010-2012 sekitar 119.107 kasus kekerasan terjadi pada perempuan. Sejumlah data tersebut diperoleh dari 395 lembaga layanan perempuan korban kekerasan di 33 propinsi. Setidaknya ada peningkatan jumlah sebanyak 13.32 persen dari tahun 2011. Bentuk-bentuk data kekerasan meliputi, kekerasan seksual, kekerasan ekonomi, kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan yang dilakukan aparat, kasus trafiking dan kekerasan dan penyiksaan yang dialami tenaga kerja perempuan di luar negeri.

B. Pandangan Masyarakat Sipil

Selama ini Pencapaian Goal 3 MDGs hanya diukur pada indikator kesetaraan di bidang pendidikan, kontribusi perempuan dalam pekerjaan serta partisipasi politik saja. Pada kenyataannya kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan tidak bisa dilihat dari pendidikan, ekonomi dan politik saja, sementara aspek-aspek penting lain yang menyangkut hajat hidup perempuan tidak diindahkan. Sebagaimana dilaporkan bahwa untuk goal 3 ini, pemerintah sudah *on track*.

Padahal kalau ingin dilihat lebih dalam, pada aspek-aspek penting lain dalam pemberdayaan perempuan, Komnas Perempuan misalnya, menemukan 200 lebih Perda yang diskriminatif terhadap perempuan; PUG yang belum maksimal di dalam pelaksanaan program di tingkat wilayah/daerah maupun pusat; maraknya perkawinan di bawah umur yang mengarah kepada pelanggaran UU Perlindungan Anak; dan Hasil Konvensi Penghapusan Segala Diskriminasi terhadap perempuan dan Kekerasan terhadap perempuan.

Selain Kemiskinan, Pengarusutamaan Gender juga merupakan salah satu indikator yang bisa menggambarkan kesejahteraan penduduk di suatu negara. Karena jika seluruh program dan pendidikan yang diintegrasikan dengan kesetaraan dan keadilan gender, anak-anak masa depan negeri ini diharapkan menjadi generasi “sadar gender” sehingga mereka tidak lagi memperlakukan kaum perempuan sebagai makhluk kelas dua. Dalam perspektif yang lebih luas, kelak diharapkan tidak lagi muncul ketidakadilan gender, pelabelan (stereotipe), subordinasi (penomorduaan), pemiskinan (marginalisasi), maupun beban ganda yang ditimpakan kepada kaum perempuan.

D. Rekomendasi

Berdasarkan paparan keadaan perkembangan program serta kondisi riil yang terkait dengan Pengarusutamaan Gender, maka masyarakat sipil memberikan catatan rekomendasi sebagai berikut:

1. Mereview kembali UU Perkawinan No. 1 Tahun 1974, yang sudah tidak sesuai lagi dengan keadaan masyarakat sekarang.
2. Mereview KUHP dan KUHAP yang bisa mendukung UU PKDRT.
3. Pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, hingga para pejabat dan birokrat diharapkan memberikan dukungan penuh terhadap

implementasi PUG pendidikan melalui program, kebijakan, dan anggaran Berperspektif Gender (*Gender budget*) yang adil dan proporsional.

4. Para pejabat perlu memberikan keteladanan dalam mengapresiasi nilai-nilai kesetaraan gender sehingga secara tidak langsung mampu memberikan pencitraan yang positif terhadap publik.
5. Organisasi Masyarakat Sipil menjadi jembatan antara Kementerian PP dan PA dengan masyarakat dalam menyebarkan dan meningkatkan pemahaman tentang visi dan misi pembangunan kesetaraan gender, PP dan PA dan strategi PUG dan PUHA
6. Masyarakat sipil berperan sebagai “*pressure group*” dalam mendorong tersusunnya kebijakan dan implementasi kebijakan yang responsif gender dan peduli hak anak.

Daftar Pustaka

Arah Kebijakan dan Evaluasi Program PP dan PA dan Strategi PUG di Pusat dan Daerah, Disampaikan pada: RAKORNAS PEMBANGUNAN PP DAN PA, Hotel Horison Bekasi, 14 Juni 2010

http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/english/CONCLUDING_COMMENTS/Indonesia/Indonesia-CO-5.pdf

<http://www.komnasperempuan.or.id/2009/03/30/atas-nama-otonomi-daerah-pelembagaan-diskriminasi-dalam-tatanan-negara-bangsa-indonesia/>

<http://www.koranpendidikan.com/artikel/4032/tingginya-angka-pernikahan-di-bawah-umur.html>

http://www.targetmdgs.org/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=12

Fact Sheets on Girls Education, Unicef, 2003

Goal 4:

Target 4: Penurunan Angka Kematian Bayi

Status Kesehatan Anak

Setiap 5 menit seorang anak di bawah usia 3 tahun meninggal akibat diare Setiap 6 menit seorang bayi baru lahir meninggal Setiap 3 jam seorang bayi baru lahir menjadi HIV positif
--

Kematian Anak dan Bayi

Kebanyakan bayi di Indonesia meninggal saat dilahirkan. Diare dan radang paru-paru adalah penyebab utama kematian bayi hingga usia 11 bulan dan anak-anak hingga usia 4 tahun. Sedangkan sebagian besar kematian ibu disebabkan karena perdarahan dan komplikasi pasca melahirkan.

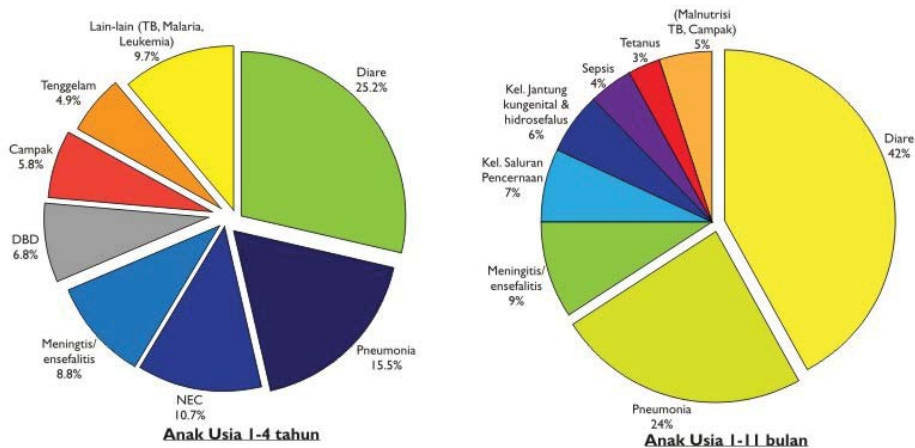
Kini, setiap hari ada 531 balita di Indonesia yang meninggal, atau 22 balita setiap jam. Angka kematian bayi memang telah menurun sejak tahun 1990, namun angka tersebut masih sangat tinggi untuk mencapai tujuan pembangunan millennium yakni 34 per 1000 kelahiran.

Penyakit pada anak

Diare adalah penyebab terbesar kematian anak di seluruh dunia. Kematian satu dari lima anak disebabkan oleh diare. Penyakit ini telah membunuh lebih banyak anak kecil daripada AIDS, malaria dan cacar yang digabung dengan radang paru-paru. Di Indonesia, diare menjadi penyebab utama kematian bayi

usia 1 hingga 14 tahun (42%) dan anak-anak usia hingga 4 tahun sebesar 25%. Kalimantan Barat dan NTB merupakan provinsi yang memiliki angka kematian balita dan bayi tertinggi di Indonesia.

Untuk angka kematian karena diare dapat diturunkan melalui intervensi pada perilaku tertentu yang baru dilakukan dan didukung oleh petugas kesehatan. Bayi yang tidak mendapatkan ASI memiliki resiko meninggal enam kali lipat pada usia dua bulan pertama karena diare. Mencuci tangan dan peningkatan



kualitas lingkungan akan melindungi anak dan ibu dari penyebaran kuman. Mencuci tangan akan menurunkan kejadian diare sebanyak 40%.

Perbaikan sanitasi masyarakat dan fasilitas air akan membantu upaya pencegahan diare. Di Indonesia, ada 66 juta orang buang air besar tidak di jamban. Upaya yang harus dilakukan adalah mengupayakan kebersihan dan jamban yang sehat. Perlunya pendampingan masyarakat untuk mengembangkan sumber-sumber air bersih dan memastikan bahwa air tersebut terdistribusi bagi semua anggota masyarakat. Kesehatan dan gizi anak juga sangat penting untuk mencegah diare. Anak-anak harus diimunisasi untuk melawan cacar dan rotavirus (penyebab flu usus) serta infeksi-infeksi usus yang dapat menimbulkan diare akut dan kematian.

Komplikasi bayi baru lahir

Di Indonesia terdapat 37% balita yang mengalami komplikasi pada saat lahir. Anak-anak yang bukan lahir prematur menghadapi resiko yang serius dalam masalah kesehatan termasuk lumpuh otak, kebutaan, gangguan pendengaran dan kondisi kronis lain. Peradangan menyeluruh menyebabkan kematian

12% lainnya. WHO memperkirakan 20% sebab kematian pada saat lahir di Indonesia di tahun 2002 adalah infeksi yang parah (termasuk tetanus).

Ketika ada kesulitan untuk mencegah kelahiran yang prematur, ahli kesehatan mendorong ibu hamil untuk mendapatkan gizi yang memadai dan menjaga berat badan yang sehat selama masa kehamilan. Fasilitas kesehatan yang memadai perlu diawasi dan dilengkapi untuk membantu calon ibu dengan segala kondisi dan masalah kesehatannya untuk menurunkan resiko yang membahayakan ibu dan bayinya. Komplikasi karena kelahiran disebabkan oleh kondisi di luar kontrol sang anak sendiri termasuk kesehatan ibu hamil dan kebersihan lingkungan masyarakat.

Perawatan dapat diarahkan untuk komplikasi-kompikasi yang muncul dengan menyediakan fasilitas dan petugas kesehatan yang lengkap dan memadai misalnya untuk memonitor kelahiran, resiko kesehatan dan operasi *Caesar* jika diperlukan, imunisasi, oksigen dan peralatan suntik yang diperlukan.

Box 1.

ASI Eksklusif, Sumber Gizi Utama Bayi

Pulau Rote, bagian dari Provinsi NTT, adalah satu wilayah dengan tingkat gizi buruk tertinggi. Kurangnya pemberian ASI eksklusif ditengarai menjadi salah satu penyebab utama tingginya tingkat malnutrisi di daerah ini. Pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan merupakan sumber gizi terbaik bagi bayi. ASI membantu memaksimalkan potensi fisik dan mental anak yaitu dengan mendukung pertumbuhan dan perkembangan otak anak yang terjadi di dua tahun awal kehidupan.

ASI menyediakan kecukupan nutrisi optimal mulai dari karbohidrat, zat mkr, protein dan lemak. Memastikan bahwa bayi memiliki makanan bergizi mulai dari kelahiran adalah salah satu cara pemenuhan hak dasar.

Sudah menjadi budaya di Rote, seorang nenek akan memberikan sirup dari gula tradisional (dalam bahasa setempat disebut gula air) kepada cucunya. Karena masyarakat Rote percaya gula akan menguatkan bayi. Sirup gula ini terbuat dari sadapan buah lontar yang direbus hingga mengental. Seringkali, sirup gula ini menjadi makanan yang pertama kali diberikan segera setelah bayi lahir.

Istri Maksi, Deci melahirkan anak pertamanya seorang bayi perempuan dengan berat tiga kg. Segera setelah Deci melahirkan ibu dari Maksi dan Deci datang

untuk memberikan sirup gula sesuai kebiasaan adat setempat. Namun, karena Maksi telah mengikuti pelatihan tentang ASI Eksklusif sehingga mengerti tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD) melarang hal tersebut karena percaya akan khasiat ASI Eksklusif.

Sekembalinya ke rumah, ibu Maksi dan Deci, terus mendesak Deci agar memberikan sirup gula kepada Filla (anak Deci). Khawatir kedua nenek tersebut menyelinap ke rumah Maksi di malam hari, Maksi tidur di depan pintu rumah, mencegah mereka agar tidak memberikan sirup gula kepada Filla.

Maksi pun berusaha mengubah pendapat ibu dan mertuanya. Dia memperlihatkan video IMD dan memberikan penyuluhan perihal keunggulan ASI.

Kondisi Nutrisi Anak Indonesia

	% of infants with low birthweight 2000-2007	% of children (2000-2007) who are:		% of under-fives (2000-2007)	
		exclusively breastfed (<6 months)	breastfed with complementary food (6-9 months)	still breastfeeding (20-23 months)	underweight (WHO ref. pop.)
Indonesia	9	40	75	59	23

% of under-fives (2000-2007)	vitamin A supplementation coverage rate (6-59 months) 2007			% of households consuming iodized salt 2000-2007	
	underweight (NCHS/WHO)	wasting (NCHS/WHO)	stunting (NCHS/WHO)	at least one dose	full coverage
28	9			87	87
					73

Rekomendasi

- ❖ Pemerintah pusat dan daerah mengalokasikan anggaran kesehatan minimal 5% dari APBD di luar gaji, sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 171 UU Kesehatan No.36/2009.
- ❖ Penyelenggaraan pelayanan kesehatan ante-natal, neo-natal dan balita berkualitas, aman, dan terjangkau di wilayah terpencil, termasuk di masa tanggap darurat.
- ❖ Penyediaan dan penambahan tenaga kesehatan berkualitas sampai ke tingkat desa/dusun.
- ❖ Pelaksanaan kebijakan ketenagakerjaan (Pasal 83 UU 13/2003 tentang Ketenagakerjaan) yang mendukung pemberian ASI disertai makanan tambahan hingga anak berusia minimal 3 tahun.
- ❖ Penyediaan waktu dan fasilitas khusus bagi ibu yang sedang menyusui di tempat kerja dan fasilitas umum.
- ❖ Penerapan program revitalisasi Posyandu dengan melibatkan masyarakat.
- ❖ Pemberian imunisasi wajib lengkap secara aman dan terjangkau.
- ❖ Peningkatan penyampaian informasi lengkap, kontekstual dan jelas dengan melibatkan seluruh komponen masyarakat (universitas, sekolah, organisasi, dan kemasyarakatan) melalui media massa, pemerintah dan swasta mengenai kesehatan ibu dan anak hingga seluruh pelosok Indonesia.



Goal 5:

Stagnasi Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia:

Luncurkan kebijakan yang berlandaskan pemenuhan hak¹

Oleh Atashendartini Habsjah, MA

Abstrak:

Tulisan ini merupakan bagian dari upaya peninjauan kembali langkah-langkah yang diambil oleh Indonesia dalam menurunkan AKI yang dimandatkan Tujuan 5A MDGs, yaitu 3/4 dari AKI di tahun 1990 serta peningkatan jumlah persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan. Banyak riset sudah dilakukan untuk mengetahui hasil berbagai intervensi yang dilakukan di tingkat propinsi, kabupaten bahkan di wilayah terpencil. Kesimpulannya hampir senada, “sulit mencapai penurunan AKI seperti yang dimandatkan MDGs”. Kenyataannya, persoalan kematian maternal bukan semata hanya persoalan memberi jaminan setiap persalinan mendapatkan pertolongan dari tenaga kesehatan. Kematian maternal yang tinggi di Indonesia sudah seharusnya ditinjau dari aspek pemenuhan hak yang diberikan oleh negara, dengan kata lain menggunakan pendekatan hak asasi manusia. Sejauhmana pemerintah memenuhi hak setiap perempuan untuk tetap bisa hidup terbebas dari kematian, hak untuk mendapatkan semua jenis layanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan seorang perempuan dengan disertai jaminan kualitasnya yang terbaik, dan tidak diskriminatif atas dasar status nikah, ekonomi, umur dan sebagainya. Selain itu, kondisi kesehatannya sejak masa kanak-kanak serta tidak hamil terlalu dini sangat menentukan keselamatan jiwanya saat hamil maupun melahirkan. Belum lagi perlakuan diskriminatif terhadap dirinya atau mengalami berbagai bentuk kekerasan sepanjang hidupnya juga merupakan faktor kontribusi.

1 Disampaikan oleh Dr. dr. Sugiri Syarief, MPA, dalam Kongres Wanita Indonesia, Mei 2010

Status Kesehatan Maternal

Angka Kematian Ibu di Indonesia SDKI 2007

- ❖ Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio*): 228/100.000 kh
- ❖ Berarti:
 - Setiap tahun ada 10.260 kematian ibu
 - Setiap bulan ada 855 kematian ibu
 - Setiap minggu ada 214 kematian ibu
 - Setiap hari ada 8 kematian ibu
 - Setiap 3 jam ada 1 kematian ibu
- ❖ 80-90% penyebab kematian dapat dicegah dengan teknologi sederhana,
yang tersedia di tingkat Puskesmas dan jaringannya.
- ❖ Jumlah kelahiran (kh) 4,5 juta per tahun

Catatan: dihitung dengan menggunakan AKI 228/100.000 kh dan jumlah kelahiran hidup 4,5 juta pertahun.

Kematian Maternal Tidak Terjadi Saat Bersalin Saja, Juga Saat Hamil Dan Pasca-Bersalin

Tingkat kematian ibu di Provinsi Nusa Tenggara Timur masih merupakan masalah yang sangat meresahkan, sehingga Gubernur NTT di tahun 2008 meluncurkan kebijakan “Revolusi KIA” untuk mempercepat penurunan AKI. Memang banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya kasus kematian ibu antara lain : faktor ekonomi, sosial, budaya, geografis, transportasi dan faktor kesehatan itu sendiri. Kondisi kesehatan perempuan yang di masa kanak-kanak dan remaja sudah menderita anemia akut akan memiliki resiko ganda saat kehamilan, persalinan dan pasca bersalin. Kasus kematian ibu di NTT tertinggi di TTS, Manggarai, Kab. Kupang, dan Sumba Barat seperti yang tergambar dalam tabel di bawah ini:

Tabel 1. Jumlah Absolut Kematian Ibu Maternal menurut Kabupaten se-
Provinsi NTT Tahun 2007

No	Kabupaten	Jumlah Lahir	Jumlah Kematian Maternal			Jumlah
			Kematian Ibu Hamil	Kematian Ibu Bersalin	Kematian Ibu Nifas	
1	Sumba Barat	11.402	0	22	1	23
2	Sumba Timur	5.244	4	10	2	16
3	Kab. Kupang	7.124	4	5	16	25
4	TTS	4.087	2	36	9	47
5	TTU	5.694	1	5	2	8
6	Belu	8.086	6	7	2	15
7	Alor	3.780	3	8	0	11
8	Lembata	2.482	2	4	1	7
9	Flotim	2.474	6	7	1	14
10	Sikka	6.829	3	6	0	9
11	Ende	5.664	4	6	1	11
12	Ngada	5.755	6	3	3	12
13	Manggarai	11.030	4	18	4	26
14	Rote Ndao	3.069	1	3	2	6
15	Kota Kupang	6.496	0	5	0	5
16	Mggarai Barat	3.734	0	2	7	9
Jumlah Prov.		92.930	46	147	51	244

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi NTT Tahun 2008

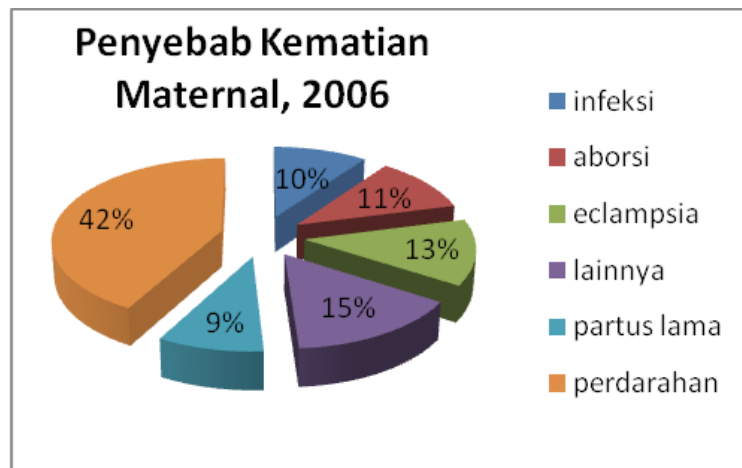
Tabel 1 jelas memperlihatkan persoalan AKI tidak hanya dikontribusikan oleh perempuan meninggal saat melahirkan saja, namun juga di masa kehamilannya, bahkan beberapa hari setelah melahirkan. Studi World Bank (lihat Lampiran 1) yang mengangkat kasus kematian maternal di Kab. Bogor, Kab. Bandung dan Kab. Cianjur tahun 2008-2009 juga menemukan kondisi yang sama. Dapat dibayangkan seorang perempuan yang sudah melahirkan anaknya dengan

selamat harus meninggal 3 atau 9 hari sesudah melahirkan karena infeksi yang seharusnya dapat dicegah dengan obat antibiotik dan/atau kuretase.

Perdarahan Hebat dan Infeksi yang Mematikan Perempuan

Walaupun sudah banyak upaya intervensi diluncurkan pemerintah dari waktu ke waktu namun AKI tetap tinggi. Secara nasional target yang ditetapkan oleh tujuan 5 MDG mengharuskan Indonesia menurunkan AKI nya $\frac{3}{4}$ dari tahun 1990 disebutkan oleh berbagai penelitian sangat sulit dicapai. Disparitas yang tinggi antar wilayah tidak saja antar AKI, namun juga terkait CPR, maupun *unmet need* KB. Memang keikutsertaan KB dan kegagalan KB merupakan salah satu faktor kontribusi dari kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan, yang pada akhirnya sebagian memilih untuk menghentikan kehamilannya dengan cara apa saja walaupun bisa berakibat fatal. Data menunjukkan sekitar 5-11% kontribusi aborsi yang tidak aman pada Angka Kematian Ibu.

Gambar 1. Penyebab Kematian Maternal, 2006



(Sumber: SDKI 2006)

Persalinan di Rumah masih Menduduki Urutan Pertama

Data SDKI (2007) menunjukkan rumah sebagai tempat persalinan di sebagian wilayah di Indonesia masih menempati urutan pertama, khususnya bagi perempuan kelompok menengah ke bawah. Persalinan di rumah ini juga memang sudah banyak ditangani oleh bidan. Bidan berwenang untuk menolong

persalinan normal dan secara teoritis memang sekitar 80% persalinan berjalan normal. Namun tetap saja ada sekitar 15-20% perempuan hamil yang secara tiba-tiba mengalami komplikasi kehamilan dan harus segera memerlukan penanganan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) bahkan perlu dirujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif). Semua rujukan ini harus dijamin oleh Pemda setempat sehingga tidak ada lagi seorang perempuan mati sia-sia saat hamil, melahirkan dan bahkan beberapa hari setelah melahirkan.

Kebijakan Kesehatan Maternal yang tidak berdasarkan hak

Sebenarnya sudah di tahun 1980-an WHO menganjurkan pemerintah di negara berkembang mencari terobosan untuk menurunkan AKI. Indonesia sebagai negara anggota di tahun 1989 meluncurkan program bidan desa yang dengan singkat dididik agar segera dapat ditempatkan di desa. Setelah lima tahun berjalan ternyata penurunan AKI nya tidak seperti yang diharapkan. Di tahun 1994 sekali lagi Indonesia menandatangani komitmen internasional di konferensi ICPD Cairo (1994) yang pertama kali meluncurkan hak kesehatan reproduksi. Sejak saat itu berbagai intervensi dalam kesehatan reproduksi mulai diluncurkan. Kenyataannya, walaupun AKI mulai menurun secara bertahap, namun saat ini sudah sampai titik stagnasi karena tidak bisa diturunkan lagi. Hal ini lebih disebabkan oleh kurangnya komitmen pemerintah untuk memfokuskan kebijakan kesehatan maternalnya pada pemenuhan semua jenis pelayanan kesehatan reproduksi yang sangat dibutuhkan oleh para perempuan. Masih saja sebagian dari perempuan Indonesia tidak terlayani kebutuhan kesehatan reproduksinya dengan alasan “tidak pantas” atau “belum pantas dilayani”, khususnya bagi kelompok remaja dan dewasa muda (*young adult*: 19-24 tahun) atau perempuan dewasa yang tidak kawin. Hal ini bertentangan dengan UU Kesehatan yang baru (UU No.36 Tahun 2009) yang dalam pasal 136 menandakan bahwa remaja berhak mendapatkan informasi, edukasi dan pelayanan kesehatan reproduksi.

Penguatan Lembaga Kesehatan agar Siap Menerima Semua Kasus Komplikasi Maternal

Sejak beberapa tahun yang lalu kebijakan 4 buah Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) dalam satu Kabupaten dan Rumah Sakit Umum PONEK diluncurkan pemerintah pusat. Kenyataannya, kebijakan pusat ini tidak mudah direalisasikan di tingkat kabupaten, terutama ketiadaan

tenaga medis yang terlatih untuk memberikan beberapa jenis PONED kepada perempuan yang membutuhkan, belum lagi keberadaan peralatan-peralatan yang dibutuhkan.

Di beberapa distrik dokter dan bidan yang sudah dilatih untuk menangani PONED ataupun PONEK kenyataannya kemudian pindah bekerja di tempat lain bahkan banyak yang pindah ke swasta. Disyaratkan Rumah Sakit PONEK minimal harus memiliki anesthesist untuk membantu ahli kebidanan dalam melakukan caesarian, namun banyak fasilitas PONEK yang tidak memiliki anesthesist, bahkan seringkali kesiapan transfusi darah juga tidak ada. Selain itu tenaga terlatih untuk penanganan komplikasi aborsi di Rumah Sakit PONEK sering tidak ada. Memang banyak tenaga kesehatan dalam pendidikannya tidak mendapatkan keterampilan dalam cara-cara mengatasi komplikasi aborsi, sehingga pada akhirnya ibu rumah tangga yang gagal KB dan datang ke Rumah Sakit dengan perdarahan hebat karena sebelumnya mencoba menghentikan kehamilannya di dukun. Pada akhirnya ibu tersebut meninggal karena tidak tertolong.

Ketersediaan sarana dan prasarana termasuk tenaga kesehatan merupakan prasyarat utama penyediaan pelayanan kesehatan maternal. Keberadaan Puskesmas, Pustu dan Polindes di beberapa kabupaten masih dirasakan kurang karena sarana ini hanya di pusat kota kabupaten, sedangkan desa-desa yang letaknya sangat jauh tidak bisa mengaksesnya. Belum lagi kekurangan dokter umum dan bidan di fasilitas kesehatan tersebut. Memang pendistribusian tenaga medis tidak merata. Beberapa dokter yang ditugaskan di suatu kecamatan ternyata tidak menetap di wilayah tersebut, sehingga di luar jam praktik tidak dapat ditemui. Studi terakhir World Bank⁸ tentang kekurangan jumlah tenaga medis menemui kenyataan di lapangan yang memprihatinkan karena banyak tenaga medis yang masih sulit memiliki akreditasi pada spesifikasi keilmuan yang dimilikinya.

Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD)

Setiap tahunnya di Indonesia, cukup banyak perempuan mengalami kehamilan yang tidak direncanakan, dan sebagian besar dari perempuan tersebut memilih untuk mengakhiri kehamilan mereka, walaupun dalam kenyataannya aborsi secara umum adalah illegal. Stigma dan pembatasan yang ketat terhadap pelayanan aborsi, menyebabkan perempuan Indonesia terpaksa mencari bantuan untuk menghentikan kehamilannya melalui tenaga non-medis yang

menggunakan cara-cara yang secara medis tidak dapat dipertanggungjawabkan, seperti meminum ramuan-ramuan yang menyebabkan perdarahan atau melakukan pemijatan pengguguran kandungan yang sangat membahayakan jiwanya.

Para pengambil kebijakan harus mengambil langkah untuk mengakhiri aborsi yang tidak aman. Praktek aborsi yang tidak aman akan terus menjadi ancaman bagi kesehatan dan kesejahteraan perempuan Indonesia. Angka kematian maternal dan jumlah perawatan di rumah sakit karena aborsi yang tidak aman akan terus meningkat, kecuali ada langkah-langkah konkrit yang segera diambil untuk mengatasi masalah ini.

Menghindari terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan adalah langkah pertama yang perlu diambil untuk dapat menurunkan angka aborsi yang tidak aman. Pemerintah disarankan untuk segera mengidentifikasi langkah-langkah yang perlu diambil untuk menghentikan terjadinya penurunan penggunaan alat-alat kontrasepsi. Kebutuhan terhadap alat kontrasepsi harus segera dipenuhi, namun tidak dengan cara Safari KB seperti dulu yang biasanya mengabaikan kualitas layanannya. Pelayanan KB yang mendatangi para klien (outreach) sehingga menghapus biaya transportasi tinggi untuk mencapai suatu fasilitas kesehatan adalah tindakan jempit bola untuk pemenuhan kebutuhan KB secara kemanusiaan bukan paksaan. Tidak lagi hanya menyediakan alat-alat kontrasepsi pada waktu kampanye massal saja. Pemerintah Pusat harus mempromosikan investasi dalam pelayanan keluarga berencana pada tingkat kabupaten. Usaha-usaha ini harus dapat menjamin agar perempuan dapat memperoleh informasi yang akurat tentang berbagai jenis alat kontrasepsi termasuk efek sampingan yang mungkin ditimbulkan dari alat kontrasepsi tersebut.

Tersedianya informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi serta seksualitas untuk para kawula muda dapat membantu memberi pengertian pada mereka tentang resiko yang berkaitan dengan hubungan seksual yang tidak aman, serta cara-cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan yang pada gilirannya akan dapat mengurangi terjadinya aborsi. Pendidikan kesehatan reproduksi sampai saat ini masih dianggap sebagai sesuatu yang sangat kontroversial, namun saat ini sudah ada inisiasi program-program pendidikan kesehatan reproduksi yang dilakukan para bidan di daerah pedesaan dan juga beberapa sekolah serta beberapa organisasi Islam.

Hak Atas Pelayanan Kesehatan Reproduksi Tidak Untuk Diperdagangkan

Sebenarnya sudah di awal tahun 1990-an sektor swasta masuk ke dalam sistem kesehatan publik. KB Mandiri merupakan satu contoh, yang berimplikasi pada asumsi bahwa setiap orang dapat menyisihkan uangnya untuk keperluan pemenuhan alat kontrasepsi. Padahal jumlah perempuan miskin yang tidak dapat mengakses Puskesmas karena transportasi sangat mahal dan belum lagi mahalnnya jasa pemasangan IUD walaupun IUDnya sendiri gratis, masih sangat banyak.

Demikian juga dengan berbagai jenis jasa kesehatan yang penyediaannya ataupun penyalurannya begitu terkotak kotak sehingga tidak diberikan secara komprehensif dan terpadu. Praktek komersialisasi dalam sektor kesehatan/KB ini sudah merasuk dalam seluruh sistem kesehatan di Indonesia. Hak atas pelayanan kesehatan maternal yang sebenarnya harus terpenuhi bagi setiap perempuan yang hidup di Indonesia, kenyataannya tidak terealisasikan. Bagi mereka yang tidak memiliki uang, tidak ada peluang untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Hanya pelayanan murahan yang tidak berkualitas, bahkan sering tidak bertanggung jawab yang didapatkannya.

Pekerjaan “ganda” yang dihalalkan bagi tenaga medis, yaitu bekerja sebagai PNS di pagi hari dan membuka praktek di sore/malam hari seringkali membuat sistem pelayanan publik bekerja tidak optimal. Dokter sering mangkir dan semua tanggung jawab di bebankan pada paramedik yang sebenarnya tidak memiliki wewenang untuk itu. Praktek-praktek “ganda “ ini membuat sistem rujukan menjadi tidak berfungsi. Komplikasi yang dialami perempuan tidak tertangani dengan semestinya di fasilitas rujukan tersebut, yang akhirnya membawa kematian. Sulit sekali untuk seorang perempuan hamil dengan perdarahan hebat mendapatkan layanan di suatu fasilitas kesehatan karena tidak bisa menyetor uang yang disyaratkan sehingga diminta mencari fasilitas lain. Tidak diterima di suatu fasilitas kesehatan dan terpaksa mencari fasilitas yang lain masih terus terjadi, bahkan di Bogor ada yang melahirkan di angkutan umum, untung ibu dan bayinya selamat, setelah berkali-kali mencari fasilitas rujukan tapi ditolak.

Anggaran Kesehatan yang Tidak Memadai

Undang-Undang Kesehatan No.36 Tahun 2009 memandatkan anggaran kesehatan minimal 5% dari APBD. Tidak seperti dalam sektor pendidikan

yang memberi pagu anggaran sebesar 20%. Memang banyak Pemda yang belum menganggap anggaran untuk kesehatan sebagai prioritas sehingga tidak perlu diberikan sebuah pagu. Justru sebaliknya sektor kesehatan seperti RSUD - Rumah Sakit Umum Daerah, dan Puskesmas diwajibkan menyerahkan dana retribusi untuk Pendapatan Asli Daerahnya. Dari beberapa tinjauan anggaran Pemda, diketahui hanya beberapa Pemda saja yang mau menyisihkan satu persen (1%) untuk keperluan program kesehatan reproduksinya.

Dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya (lihat Tabel 2) ternyata penduduk Indonesia per kapita sangat kecil pengeluaran kesehatannya, juga negara Filipina, sedangkan Thailand dan Malaysia bahkan hampir 2 atau 3 kali lipat dari Indonesia dan Filipina karena pemerintah Malaysia dan Thailand merupakan pihak yang paling besar membiayai kebutuhan kesehatan warganya dan pemerintahnya juga memiliki lebih dari tiga per empat fasilitas kesehatan di kedua negara tersebut (termasuk kepemilikan rumah sakit). Dari Tabel 2 juga terlihat bahwa status harapan hidup tinggi dan status kematian anak balita rendah dan ini berhubungan dengan peran anggaran publik yang besar. Studi ini juga membuktikan privatisasi akan menurunkan akses terhadap pelayanan kesehatan karena tarif di fasilitas swasta sering di *mark up* baik harga obat maupun jasa tenaga medis.

Tabel 2. Pengeluaran Kesehatan per Kapita, Harapan Hidup dan Angka Kematian Anak Balita, 2004

	Total Pengeluaran Kesehatan (dalam \$)	Harapan Hidup	Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran hidup
Indonesia	113	67	38
Malaysia	374	72	12
Filipina	174	68	34
Thailand	260	70	21

Sumber: WHO 2006

Menciptakan Pelayanan Kesehatan Maternal yang Adaptif dengan Budaya Setempat

Upaya pemerintah pusat dan daerah untuk memenuhi jumlah tenaga medis yang dibutuhkan tidak selalu berhasil menurunkan AKI di suatu wilayah terpencil. Studi kualitatif (2010) yang dilakukan di Kabupaten Sumbawa Besar memperlihatkan bahwa jumlah bidan yang besar (136 bidan) ditambah keberadaan satu ahli kebidanan serta beberapa dokter tidak serta merta menurunkan AKI. Dukun bayi (*tamang*) dan dukun obat (*sandro*) masih sangat berpengaruh dalam pengelolaan kehamilan dan persalinan di wilayah ini. Proses persalinan sungsang dianggap sebagai dosa perempuan hamil terhadap suaminya, yang mengharuskan dirinya minta maaf pada suaminya atau kerabat lainnya. Berbagai kepercayaan ini berpengaruh pada sikap ibu hamil serta keluarganya dalam mencari pertolongan bagi perempuan hamil yang mengalami posisi bayi sungsang. Biasanya pilihannya jatuh pada orang yang sudah dipercaya oleh keluarga secara turun temurun. Tentu saja tindakan-tindakan yang dilakukan oleh *tamang* maupun *sandro* memiliki konsekuensi medis tersendiri. Para bidan desa yang sebelumnya tidak dipersiapkan dengan budaya setempat tidak bisa diterima jasanya untuk membantu persalinan seorang ibu di wilayah tersebut. Namun jika bidannya memang berasal dari komunitas tersebut atau bidan baru sudah cepat bisa beradaptasi dengan budaya setempat serta sanggup bekerja sama dengan dukun bayi, pada akhirnya jasanya akan mulai dilirik oleh perempuan di wilayah itu.

Oleh karena itu kemitraan bidan dan dukun bayi setempat tetap harus dilakukan, karena banyak kepercayaan dari komplikasi kehamilan dikaitkan dengan dosa ibu hamil yang mengharuskan ibu tersebut menjalani ritual-ritual tertentu, sehingga tertunda pencarian pertolongan medisnya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil tersebut. Belum lagi dipercaya bahwa persalinan yang sulit dikarenakan ada yang dengki pada ibu hamil tersebut dan hanya *tamang* yang bisa menyelesaikannya. Padahal, hanya pertolongan medis yang adekuat bisa menolong jiwa ibu dan bayinya. Kepercayaan ini menghambat pertolongan ke fasilitas kesehatan.

Rekomendasi

- ❖ Indonesia telah meratifikasi CEDAW dan menjadikannya sebagai UU No 7/1984 yang khusus dalam pasal 12 memandatkan setiap pemerintah: (a) memberikan jaminan untuk menghapus diskriminasi

terhadap perempuan di bidang pemeliharaan kesehatan dan menjamin diperolehnya pelayanan kesehatan maternal termasuk pelayanan yang berhubungan dengan keluarga berencana, atas dasar persamaan hak laki-laki dan perempuan, (b) pelayanan cuma-cuma selama kehamilan, persalinan dan pasca-persalinan serta (c) pemberian gizi yang cukup selama kehamilan dan masa menyusui. UU No.7/1984 ini diperkuat lagi dengan UU No.36/2009 tentang Kesehatan yang khusus menandatangani prinsip-prinsip sebagai berikut: hak, kemanusiaan, keadilan, non diskriminasi dan pendistribusian layanan yang merata.

- ❖ Banyak studi menunjukkan dengan diperkuatnya pelayanan publik di bidang kesehatan maternal AKI benar-benar dapat diturunkan. Dengan sistem rujukan yang berfungsi secara optimal dengan prosedur yang ketat dan berkualitas mulai dari tingkat masyarakat sampai Puskesmas PONEK dan Rumah Sakit PONEK memungkinkan semua komplikasi maternal dapat ditangani dan diselamatkan jiwanya. Dengan menjamurnya klinik dan rumah bersalin swasta tidak serta merta memperluas akses layanan maternal pada perempuan, karena hanya perempuan tertentu yaitu yang bisa membayar akan langsung dilayani.
- ❖ Sudah saatnya pemerintah sebagai pengawas melarang tarif persalinan yang saat ini dengan leluasa ditetapkan oleh pihak-pihak swasta. Rumah bersalin tipe menengah di Jakarta berani mematok biaya Operasi Caesar Rp.9.000.000;-Rp.15.000.000;. Di pihak lain, perempuan yang melahirkan normal di Puskesmas dengan biaya antara Rp.350.000; - Rp.500.000; tetap saja dikenakan biaya pengurusan akta kelahiran sebesar Rp.150.000; oleh RB Puskesmas tersebut. Padahal, UU Perlindungan Anak (2002) memandatkan bahwa setiap anak berhak mendapatkan akta kelahiran secara gratis. Inilah contoh praktek-praktek pungli yang terus saja berlangsung karena ketidaktahuan publik tentang hak-hak mereka.
- ❖ Reformasi kebijakan di bidang kesehatan, baik di tingkat nasional maupun daerah perlu segera direalisasikan. Memang tenaga bidan di desa sangat membantu dalam upaya menurunkan AKI, namun tetap saja sekitar 15-20% para ibu yang mengalami kesulitan dalam menghadapi kehamilannya tidak mungkin dapat ditangani oleh bidan karena keterbatasan kewenangan dan keterampilannya.

Upaya penurunan AKI tidak hanya dapat diselesaikan dengan penanganan

ibu hamil saat melahirkan saja, namun sudah harus diawali sejak kanak-kanak dan masa remaja. Investasi terhadap kesehatan perempuan harus diawali dengan menjaga ketahanan nutrisinya. Anak perempuan dengan gizi buruk dan memasuki masa remaja dengan status anemi yang tinggi bisa sangat beresiko saat hamil maupun bersalin. Tingkat anemi yang tinggi dibarengi dengan pernikahan dini (≤ 16 tahun) serta kelahiran dini, memiliki risiko kehamilan dengan komplikasi dibanding dengan perempuan yang organ reproduksinya sudah mencapai tingkat kematangan yang sempurna.

- ❖ Pemerintah harus mereformasi kebijakan tenaga dokter maupun tenaga spesialis lainnya serta memperkuat kualitas kelembagaan dan kualitas layanannya. Penempatan bidan di setiap desa ada keterbatasannya, karena komplikasi hanya bisa ditangani oleh dokter dan spesialis. Saat ini keberadaan Puskesmas PONEC yang dapat menangani ibu hamil dengan komplikasi masih banyak yang belum berfungsi. Setiap perempuan yang mengalami komplikasi dalam kehamilannya, termasuk kebutuhan layanan untuk kuretasi, jika tidak segera mendapatkan pelayanan bisa berakibat fatal bagi jiwanya. Kematian yang diakibatkan oleh perdarahan hebat masih merupakan faktor tertinggi disusul oleh faktor sepsis (infeksi) yang semuanya dapat dicegah jika segera dapat tertangani. Kenyataannya, keberadaan dokter di wilayah terpencil, apalagi ahli kebidanan maupun anesthesist yang diperlukan dalam penanganan operasi caesarian sangat terbatas. Terbatasnya ketersediaan dokter dan tenaga spesialis di wilayah perdesaan maupun wilayah yang sulit terjangkau harus segera dicarikan solusinya. Contoh inisiatif beberapa Pemda yang patut ditiru harus segera direspon oleh Pemerintah Pusat maupun Daerah. Anggaran yang sebagian besar dialokasikan untuk pembangunan fisik dan gaji pegawai harus segera dievaluasi agar dana dapat dialihkan untuk keperluan pembiayaan perawatan perempuan dengan komplikasi saat kehamilan, persalinan maupun pasca persalinan. Minimal tiga (3) desa harus memiliki satu (1) Puskesmas PONEC yang benar-benar harus memiliki dokter dan bidan yang sudah dilatih mengelola kasus komplikasi, di saat kehamilan, persalinan dan pasca persalinan. Mengingat posyandu masih cukup baik di respon oleh ibu hamil di wilayah terpencil karena memang bidan desa (*bides*) aktif melakukan pemeriksaan kehamilan di Posyandu. Para bidan ini harus didukung oleh Pemda setempat dan khususnya harus mendapatkan

fasilitas rujukan yang memadai, karena tetap saja ada ibu hamil yang segera harus ditangani di tingkat pelayanan yang lebih tinggi seperti Puskesmas Poned maupun RSUD (Ponek). Contoh Pemda yang berhasil menempatkan tenaga-tenaga spesialis di Puskesmas maupun RSUD secara tetap harus sesegera mungkin disebarluaskan di wilayah terpencil lainnya. Bebas biaya bagi perempuan hamil miskin harus juga segera direspon agar semua kebutuhan dalam penanganan komplikasinya. Semua perempuan hamil tanpa melihat statusnya harus mendapatkan layanan yang sama tanpa diskriminasi, yang pada akhirnya bisa secara signifikan menurunkan angka kematian ibu di Indonesia karena tidak ada satu pun perempuan yang kebutuhannya tidak terlayani, baik di saat hamil, persalinan maupun pasca persalinan.

- ❖ Keterbatasan tenaga dokter dan spesialis dapat diatasi dengan pemberian beasiswa dari Pemda setempat (atau Pemerintah Pusat atau dana CSR) bagi dokter umum maupun para bidan yang ingin meneruskan pendidikannya di bidang penanganan obstetrik dan neonatal yang dibarengi dengan kontrak kerja untuk waktu tertentu bekerja di wilayah yang sebelumnya telah ditentukan.
- ❖ Kebutuhan tenaga kesehatan baik di tingkat desa, kecamatan, kabupaten/kota harus secepat mungkin dipenuhi jika tujuan akses universal ingin dicapai tahun 2015. Contoh beberapa Dinas Kesehatan (misal: Kabupaten Lombok Tengah melalui anggaran Pemda memberikan dana pendidikan bagi beberapa tenaga kesehatan yang ingin melanjutkan kuliahnya). Pemberian dana pendidikan lanjutan untuk perawat, bidan dan dokter ini bervariasi sesuai dengan kebutuhan dan ketersediaan dana.
- ❖ Bagaimana dengan kebijakan pendidikan tinggi yang akhir-akhir ini menjadikan akses pendidikan hanya diperuntukkan bagi yang ekonominya mampu. Ratusan juta diperlukan untuk bisa lolos masuk fakultas kedokteran, belum lagi untuk pendidikan lanjutan sebagai spesialis. Iran sebagai contoh suatu negara yang memberikan beasiswa seluas-luasnya bagi yang berprestasi: 95% ahli kebidanannya adalah perempuan yang sebagian besar menjalani pendidikannya atas jasa beasiswa.
- ❖ Peluang dokter dan bidan PNS yang diperbolehkan membuka praktek pada sore dan malam hari seringkali berakibat buruk dalam

mempertahankan kualitas pelayanan di sektor publik yang sebenarnya menjadi tanggung jawabnya. Pekerjaannya di Puskesmas atau Rumah Sakit Umum seringkali ditinggalkannya, dan perilaku ini sangat berpengaruh pada kualitas pelayanan emergensi yang dibutuhkan oleh pasien perempuan dengan komplikasi maternal. Jika tidak tertangani perdarahan hebatnya dengan cepat maka, dalam 2 jam jiwa seorang perempuan akan hilang begitu saja, padahal kematiannya dapat dengan mudah dicegah asalkan cepat dan sigap penanganannya.

- ❖ Ekplorasi kekayaan alam, seperti sumber-sumber mineral di NTT berdampak pada gizi buruk anak dan perempuan hamil. Dengan dibongkarnya lahan produktif untuk penggalian bahan-bahan mineral jumlah lahan produktif mengecil. Banyak wilayah yang lahan produktif mengecil sehingga masyarakat bergantung dari pembelian beras yang sangat mahal. Gizi buruk yang diderita ibu hamil membuatnya sangat beresiko di saat hamil dan melahirkan, antara lain mudahnya mengalami perdarahan hebat karena pembuluh darahnya rapuh.
- ❖ Kontribusi 5-11% terhadap AKI akibat tindakan aborsi yang tidak aman harus segera dicarikan solusinya. Kegagalan KB yang dilaporkan oleh banyak ibu rumah tangga dan juga perempuan *single* yang masih seksual aktif tetap berhak untuk mendapatkan layanan aborsi untuk menghentikan kehamilan yang tidak dikehendaknya.

Lampiran I.

Nama	Umur	ANC	Tenaga yang menolong			Penyebab kematian	Hamil	Meninggal saat	
			Pertama	Kedua	Ketiga			Melahirkan	Pasca Bersalin
			RS						
UI	16	2	Kecamatan			Dehidrasi	6 minggu		
A	42	6	Dukun	Bidan	RS Swasta	Pre-eclampsia			3 jam post partum
Kab. Id	35	3	Dukun	Bidan	Puskesmas	Perdarahan			3 jam post partum
Bogor	17	5	Dukun	Bidan	RS Swasta	Perdarahan, infeksi			23 hari post partum
Sw	15	0	Dukun	Bidan		Gemelli			6 jam post partum
									15 hari post partum
Ii	16		Dukun	RSUD		Infeksi			partum
Tt	42		RSUD			Lainnya			12 jam post partum
Kab. Er	30		Dukun	Bidan	RSHS	Perdarahan			partum
Bandung	33		Bidan	RS Kecamatan		Pre-eclampsia	28 minggu		post partum
En	34		Dukun	Bidan	Klinik Swasta	Perdarahan			2 jam post partum
									Persalinan
On	18		Dukun	Bidan		Perdarahan			macet
Ft	19		Bidan	RS Kecamatan		Eclampsia			12 jam post partum
Kab. Cn	40		Dukun	Asisten Perawat		Perdarahan			30 menit post partum
Cianjur	38		RS Kecamatan			Perdarahan			partum
Ir	26		Dukun	Asisten Perawat	Dokter Umum	Perdarahan			1 jam post partum

Sumber: WHO, 2008



Goal 6:

Berkutat Dalam Kubangan Yang Sama **Tinjauan Kebijakan tentang Pencapaian Target MDGs pada** **bidang Kesehatan di Indonesia**

Pengantar

Sehat atau kesehatan, sebagaimana tertuang dalam Preamble WHO (1948), mencakup keadaan fisik, mental (penghargaan dan martabat) dan sosial secara lengkap, tidak hanya berarti tidak adanya penyakit atau tubuh yang lemah. Merujuk pada Kovenan Internasional Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (1966), setiap negara pihak memiliki kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak atas kesehatan yang dijelaskan sebagai hak untuk menikmati standard kesehatan fisik dan mental tertinggi yang bisa diraih (*the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*) yang dipandu oleh system yang memberikan kesempatan setara kepada seluruh warga negara untuk hak atas kesehatan.

Meski menjadi sektor yang menjadi kunci keberhasilan pencapaian target MDGs, namun justru di sektor inilah, tantangan terberat yang harus dihadapi Pemerintah Indonesia. Indonesia masih dihadapkan pada masalah-masalah besar yang berpotensi mengancam suksesnya pencapaian target MDGs. Kenyataan tentang *on track* atau *off track*-nya Indonesia dalam upaya mencapai target MDGs masih menjadi perdebatan yang hangat antara pemerintah dengan kalangan masyarakat sipil.

Pemerintah, melalui Departemen Kesehatan, mengklaim telah mengalami kemajuan dalam memenuhi target MDGs. Salah-satunya disampaikan Menteri Kesehatan RI dalam Sidang Executive Board WHO di Geneva, Swiss, Januari 2010 yang lalu. Pada saat itu, Pemerintah menyatakan angka kematian ibu melahirkan telah berkurang 58% dari periode 2000-2007. Sementara itu, tingkat kematian bayi berkurang 50% pada periode yang sama. Kemajuan pun

dinyatakan pemerintah dalam hal mengurangi jumlah penderita TB, Malaria, serta HIV dan AIDS, yang dinyatakan di atas rata-rata negara berkembang lainnya.¹

Catatan ini tidak akan membantah klaim pemerintah tentang kemajuan-kemajuan dalam pencapaian target MDGs. Namun lebih merupakan upaya mengajak semua pihak, khususnya pemerintah untuk memperhatikan aspek-aspek dinamis dalam upaya mencapai target MDGs di Indonesia. Catatan ini juga bekerja dengan logika yang barangkali berbeda dengan variabel serta indikator-indikator teknis yang digunakan pemerintah dalam melihat pencapaian target MDGs.

Maksud utama dari catatan ini adalah menghadirkan pandangan alternatif dalam melihat proses serta hasil-hasil yang telah diraih Indonesia dalam mencapai target MDGs. Pertanyaan utama yang diajukan melalui catatan ini adalah apakah klaim yang dinyatakan pemerintah Indonesia memiliki basis penopang yang lestari (*sustainable*) atau tidak? Lantas, apa saja langkah-langkah yang perlu dilakukan—baik oleh pemerintah maupun masyarakat sipil—dalam mewujudkan fondasi kebijakan yang kokoh? Ini diperlukan untuk menepis anggapan yang mungkin berkembang, yang melihat MDGs dan secara khusus target-target pembangunan kesehatan, semata hanya sebatas “proyek” dengan masa berlaku yang akan berakhir di tahun 2015 yang akan datang.

On Track atau Off Track?

Sebelum masuk pada analisis tentang kebijakan-kebijakan kesehatan Indonesia dalam konteks pencapaian target MDGs, ada baiknya menyimak beberapa fakta yang dilaporkan media massa dan sumber-sumber lainnya sepanjang tahun 2009 yang lalu tentang isu-isu penting dalam hal pencapaian target MDGs. Dengan melihat fakta-fakta terpapar di bawah ini, barangkali dapat dilihat *magnitude* persoalan yang dihadapi Indonesia dalam hal mencapai target MDGs, khususnya di sektor kesehatan.

Dimulai dari indikator kesehatan pada target pertama, mengurangi angka kelaparan. Salah-satu dimensi kelaparan yang kerap dilaporkan oleh media-media massa di Indonesia adalah gizi buruk dan malnutrisi. Prestasi pemerintah dalam pengurangan gizi buruk di kalangan balita dan anak-anak pun masih kurang menggembirakan. Hingga saat ini, beberapa propinsi masih belum bisa keluar dari catatan buruk pengurangan gizi buruk. NTT misalnya, sampai saat

1 Lihat WHO Sambut Positif... <http://beritasore.com/2010/01/20/who-sambut-positif-indonesia-capai-target-mdgs/>

ini masih tergolong sebagai propinsi dengan tingkat gizi buruk yang paling tinggi se-Indonesia.

Data Dinas Kesehatan setempat menyebutkan kasus gizi buruk di NTT mencapai 32,6 persen atau lebih tinggi dari angka nasional yang sebesar 18,4 persen. Dinas Kesehatan NTT menyebutkan hingga 1 Oktober 2009 jumlah penderita gizi buruk di provinsi itu mencapai 4.496 orang. Jumlah penderita gizi buruk ini, lanjutnya, tersebar di 21 kabupaten/kota di NTT. Kabupaten yang jumlah penderita gizi buruk tertinggi yakni Timor Tengah Selatan (TTS) sebanyak 559 balita, sedangkan terendah di Kabupaten Lembata dengan satu kasus gizi buruk dengan kelainan klinis.²

Namun, persoalan gizi buruk bukan hanya terjadi di NTT, kasus serupa bisa ditemukan di kota-kota dan propinsi-propinsi lain di Indonesia. Di Mojokerto misalnya, pada triwulan pertama 2009 ditemukan 60 kasus balita gizi buruk, mengalami peningkatan dari periode sama tahun sebelumnya yang hanya 48 kasus. Di Kota Semarang, Jawa Tengah, 44 kasus gizi buruk ditemukan sejak Januari hingga Mei 2009, melonjak dari tahun 2008 yang hanya 30 kasus. Masih di Jawa Tengah, Hingga semester pertama 2009, gizi buruk diderita sekitar 610 balita, 165 balita dirawat, dan 22 balita meninggal dunia. Total selama tahun 2009, penderita gizi buruk di Jawa Tengah mencapai 1106 penderita.³

Di Bantul, Yogyakarta, ratusan balita menderita gizi buruk tiap bulan. Pada bulan Agustus 2009 tercatat 213 kasus, September 2009 meningkat menjadi 219 kasus, sedangkan pada bulan November 2009 turun sedikit menjadi 201 anak. Sementara di Pontianak, sepanjang 2009 ditemukan 39 kasus gizi buruk. Dua balita di antaranya meninggal dunia. Jumlah ini meningkat dari tahun sebelumnya, yang hanya ditemukan 29 kasus. Di Surabaya, salah seorang bayi (29 bulan) penderita gizi buruk, diketahui menderita AIDS.

Indonesia pun masih tercatat sebagai penyumbang terbesar angka kematian ibu akibat melahirkan. Klaim Indonesia yang menyatakan terjadi penurunan angka kematian ibu melahirkan, dari 307 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 228 per 100.000 sesuai laporan pencapaian *Milenium Development Goals* (MDGs) Pemerintah Indonesia 2009, dibantah badan dunia untuk urusan kependudukan (UNFPA). Dalam Laporan Kependudukan Dunia 2009 yang diterbitkan UNFPA disebutkan, laju eskalasi kematian ibu melahirkan di

2 Lihat "4.496 Balita di NTT Derita Gizi Buruk". Suara Merdeka. 23 Nopember 2009.

3 Lihat "2009, Terjadi 1.106 Kasus Gizi Buruk di Jateng". tvOne. Senin, 9 November 2009.

Indonesia bukannya menurun, melainkan melonjak menjadi 420 per 100.000 kelahiran hidup.⁴

Program penanggulangan HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit menular lainnya di Indonesia pun masih menghadapi tantangan yang sangat berat. Jumlah penderita HIV/AIDS di Indonesia cenderung mengalami peningkatan. Faktor penyebab utama penularan HIV/AIDS adalah melalui hubungan seksual dan penggunaan jarum suntik. Ironisnya, kalangan yang kerap tertular penyakit HIV/AIDS justru berasal dari mereka yang selama hidupnya kerap mendapatkan perlakuan diskriminatif, seperti pekerja seks komersial dan buruh migran. Pada perkembangan saat ini, penyakit ini mulai menjangkiti ibu-ibu rumah tangga dan anak-anak balita yang dilahirkannya.

Tahun 2008 lalu dilaporkan dua pertiga kabupaten di Indonesia dengan tingkat populasi lebih dari 100 juta merupakan wilayah endemik malaria. Daerah endemis tinggi dengan *Annual Paracite Incidence* lebih dari lima per seribu tersebar di Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat, Sumatera Utara, dan Nusa Tenggara Timur. Sedang wilayah di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Jambi, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Barat, Jawa Tengah dan Jawa Barat termasuk daerah endemis sedang dengan API satu hingga lima per seribu. Hanya sebagian daerah di Jawa, Kalimantan dan Sulawesi yang termasuk daerah endemis rendah dengan API kurang dari satu per 1000 sementara daerah nonendemis hanya ada di DKI Jakarta, Bali dan Kepulauan Riau.

Penyakit menular lain yang cukup menakutkan di Indonesia adalah wabah demam berdarah. Demam berdarah atau Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit febril yang kerap ditemukan di daerah tropis, dengan penyebaran geografis yang mirip dengan malaria. Penyakit ini disebabkan oleh salah-satu dari empat serotype virus dan genus flavivirys, family flaviviridae. Setiap serotype cukup berbeda sehingga tidak ada proteksi silang dan wabah yang disebabkan beberapa serotype (hiperendemisitas) dapat terjadi. Demam berdarah disebarkan kepada manusia oleh nyamuk *Aedes aegypti*.

Kasus DBD biasanya ditemukan di kota-kota besar seperti Jakarta, Yogyakarta, Medan, dan beberapa kota besar lainnya. Pada tahun 2009 ini, untuk wilayah Jakarta Selatan saja, tercatat 6.171 kasus DBD dengan rincian Januari 947

4 Lihat "Data Pencapaian MDGs Indonesia dibantah". Dalam Suara Pembaruan Online edisi 24 November 2009.

kasus, Februari 764 kasus, Maret 815 kasus, April 872 kasus, Mei 1067 kasus, Juni 922 kasus, Juli 668 kasus, Agustus 380 kasus, September 184 kasus, dan Oktober 98 kasus. Di Jakarta Barat, dalam periode Januari sampai minggu pertama Juli 2009, ditemukan 2548 kasus dengan dua orang meninggal dunia. Di Jakarta Pusat, terhitung Januari hingga Desember 2009 ini tercatat ada 3.138 kasus DBD dengan angka kematian 5 kasus per hari.

Kasus DBD juga ditemukan di wilayah-wilayah lain. Di Sumatera Utara, jumlah penderita DBD di propinsi itu mencapai 3115 orang, dengan 37 diantaranya meninggal dunia. Di Wonogiri, sepanjang tahun 2009 ini jumlahnya mencapai sebanyak 342 kasus, dua diantaranya meninggal. Jumlah ini cenderung meningkat dibandingkan pada tahun 2008, sebanyak 328 kasus. Di Serang, DBD merenggut nyawa empat warga, sementara sekira 600 lainnya terpaksa mendapatkan perawatan di rumah sakit dan puskesmas.

Selain malaria dan demam berdarah, penyakit kaki gajah (filariasis) juga dinyatakan telah kembali mengancam Indonesia. Pejabat dari Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Lingkungan Departemen Kesehatan RI menyatakan rata-rata prevalensi endemis filarial di Indonesia adalah 19 persen, dengan tingkat prevalensi tertinggi berada di Papua, sebesar 38 persen.

Berdasarkan data Departemen Kesehatan, sampai tahun 2008, secara kumulatif dilaporkan jumlah kasus kronis filariasis mencapai 11.600 kasus yang tersebar di 378 kota/kabupaten. Baru-baru ini, Departemen Kesehatan mencanangkan pengobatan gratis filariasis guna menekan jumlah penderita. Upaya ini diawali dengan pengobatan gratis di Jawa Barat. Akan tetapi, pengobatan ini justru menimbulkan masalah ketika puluhan orang harus dirawat di rumah sakit dan sekitar delapan orang meninggal pasca pengobatan massal. Pemerintah membantah kematian tersebut disebabkan oleh pemberian obat vaksin filarial, namun masyarakat sepertinya kurang percaya.

“Hanya Butuh Tiga Bulan”

Penyebaran Flu Babi di Indonesia

Juni 2009. Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari membenarkan kabar yang menyatakan virus H1N1 sudah masuk ke Indonesia. Kasus pertama virus H1N1 menimpa pilot dari sebuah maskapai penerbangan nasional kemudian warga asing, turis Australia yang tengah ada di Bali, dikabarkan juga terjangkit flu babi.

Juli 2009. Penyebaran flu babi berlangsung sangat cepat. Tanggal 14 Juli 2009, sudah ada 122 penderita positif flu babi. Sebanyak 40 kontingen paduan suara Indonesia yang dikirim ke Korea Selatan juga dilaporkan menderita flu babi. Meskipun demikian, Siti berharap merebaknya flu babi tidak perlu dibesarkan.

Agustus 2009. Penderita flu babi di Indonesia terus bertambah. Agustus 2009, Departemen Kesehatan mengkonfirmasi 18 kasus baru positif influenza A H1N1. Adanya kasus baru ini membuat jumlah penderita secara kumulatif mencapai 948 orang yang tersebar di 24 provinsi. Pemerintah menyatakan bahwa penyakit influenza H1N1 dapat ditularkan melalui kontak manusia ke manusia.

Dari berbagai sumber

Kemudian, di tengah intaian ancaman flu burung (H5N1) yang belum sepenuhnya hilang, Indonesia juga dihadapkan pada persoalan baru, yakni penyebaran flu babi (H1N1). Kasus flu babi pertama kali dinyatakan masuk ke Indonesia pada bulan Juni 2009, yang dibawa oleh turis asal Australia dan pilot dari sebuah maskapai penerbangan nasional. Hanya butuh waktu tiga bulan, jumlah penderita flu babi di Indonesia dinyatakan telah mendekati angka seribu.

Berbeda dengan kasus H5N1, dalam upaya penanganan flu babi, cenderung menganggap enteng penanganan flu babi. Mengutip analisis WHO, pemerintah menyatakan angka kematian (*case fatality rate*) akibat flu babi adalah 0,5%, jauh dibawah flu burung yang mencapai 80%. Karena itu, pemerintah menghimbau masyarakat untuk tidak terlalu khawatir dengan kasus flu babi. Meski demikian, jika dilihat dari cepatnya penyebaran flu babi dan pengalaman penanggulangan flu burung di Indonesia, kita layak untuk khawatir.

Terlebih lagi, jika mengacu pada kewajiban negara untuk memberikan standar tertinggi pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau, analisis tentang *case fatality rate* flu babi yang dinyatakan lebih rendah dibandingkan dengan flu burung sebaiknya tidak dijadikan alasan oleh negara untuk mengabaikan adanya kejadian-kejadian serupa yang mengindikasikan penyebaran flu babi di Indonesia.

Masalah lain terkait dengan pencapaian MDGs adalah penanggulangan penyakit TBC. Pada tahun 2005, tim TB External Monitoring Mission

menyatakan Indonesia telah mencapai kemajuan yang sangat bagus (*remarkable progress*) dalam penanggulangan penyakit Tuberculosis dibandingkan dengan dua tahun sebelumnya.

Tim menilai, rekomendasi-rekomendasi yang dirilis dua tahun sebelumnya telah dilaksanakan dengan baik oleh Pemerintah Indonesia, dengan adanya ekspansi dari pelaksanaan pengobatan TB dengan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) dan rumah sakit. Lebih lanjut, tim juga mengemukakan bahwa Indonesia pada tahun 2004 juga mencatat kemajuan dalam mencapai angka penemuan kasus baru TBC sebesar 51,6% dari target 60% dan pada tahun 2005 dapat mencapai 70% sesuai dengan target dunia. Sedangkan keberhasilan pengobatan TBC pada tahun 2004 telah mencapai 85,7% dari target global 85%.⁵

Meski demikian, catatan-catatan penting tentang TB tetap saja perlu terus dibaca oleh kita. Beberapa catatan tersebut adalah bahwa Indonesia pernah tercatat sebagai negara dengan tingkat penderita TB ketiga terbesar di dunia. Selain itu, setiap tahun ditemukan setidaknya seperempat juta kasus TB baru dan diperkirakan 140 ribu kematian tiap tahun disebabkan oleh TB. Karenanya, TB masih menjadi penyebab kematian terbesar kedua di Indonesia. Dalam konteks penyakit menular, TB merupakan penyebab kematian terbesar. Intinya, usaha dan kerja-keras untuk menanggulangi penyakit TB masih tetap harus dilakukan di Indonesia.

Dalam hal sanitasi, hingga kini sedikitnya 30 ribu desa di 440 kabupaten di Tanah Air memiliki sanitasi lingkungan yang buruk. Ini berarti belum ada satu kabupaten pun yang masyarakatnya sudah berperilaku hidup sehat. Angka departemen kesehatan itu memang tidak berbeda jauh dari jumlah desa tertinggal di Indonesia yakni 32.379 desa (45 persen) atau hampir separuh dari jumlah desa di Indonesia yang mencapai 70.611 desa. Ini menunjukkan bahwa desa-desa tertinggal itu identik dengan wilayah dengan sanitasi buruk. Sebagian besar dari desa tersebut berada di wilayah Indonesia bagian tengah dan timur.

Salah-satu akibatnya, diare masih menjadi masalah pada tahun 2009 ini. Diantara kejadian-kejadian diare yang pernah dilaporkan media massa, barangkali kejadian paling mengesankan adalah KLB Diare-Kolera di Kabupaten Nabire dan Paniai Papua. Setidaknya 105—sumber lain menyatakan 239—

5 Lihat "Indonesia Capai Kemajuan Dalam Penanggulangan Penyakit TBC". Rilis tanggal 16 Maret 2005. Diunduh dari <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=801&Itemid>

penduduk tewas akibat wabah diare di dua kabupaten di Papua tersebut. Selain itu, KLB diare juga terjadi di 16 desa di Kabupaten Dompu, NTB. Di wilayah tersebut, 4 orang meninggal, 130 rawat inap, dan 244 warga menjalani rawat jalan akibat diare. Gambaran lain tentang masalah diare bisa dilihat dari box di bawah ini.

Perlu dicatat, masalah sanitasi sebenarnya tidak sesederhana dengan “pipanisasi”. Sanitasi secara esensi menyangkut berbagai aspek dalam kehidupan sosial masyarakat, yang mana kunci pemecahannya terkait erat dengan pemberdayaan dan penataan sosial masyarakat. Pipanisasi di tengah kebijakan umum pengelolaan sumberdaya air yang diprivatisasi tidak akan bisa menjawab masalah pemenuhan kebutuhan masyarakat akan air dan sarana sanitasi dasar yang memadai.

Wabah Diare tahun 2009

Januari 2009. Serang, Banten--Sejak memasuki tahun 2009 ini tercatat sebanyak 128 pasien diare di Serang, yaitu 93 kasus di bulan Januari dan 35 pasien yang dirawat sampai 9 Februari ini. Salah satu pasien diare, Adi Apriansyah, 10 bulan, warga Desa Baros, Kabupten Serang, meninggal dunia.

Di Surabaya--Sejumlah rumah sakit dan puskesmas mengalami lonjakan jumlah pasien diare. Tercatat 476 pasien diare dirawat di beberapa rumah sakit. Berdasarkan pemantauan di 4 rumah sakit dan 1 puskesmas terdapat 476 pasien diare. RS Al Irsyad mencatat 214 pasien diare, RSUD dr Soetomo 106 pasien, RS Soewandhi 38 pasien, RS Haji 92 pasien, dan Puskesmas Wonokusumo merawat 26 pasien diare. Sebanyak 60% pasien diare itu adalah anak-anak. Di RSUD dr Soetomo sekitar 45 pasien diare adalah anak-anak.

April 2009. Lombok Timur, NTB. Penderita diare di Kabupaten Lombok Timur sudah meluas ke delapan wilayah kerja pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas). Jumlah penderitanya menjadi 858 orang, dan yang masih menjalani perawatan sebanyak 171 orang. Warga yang meninggal akibat diare tersebut sebanyak tiga orang. Umumnya, para penderita diare di wilayah utara Kabupaten Lombok Timur tersebut berada di satu daerah aliran sungai Reban Aji yang mengalir di antaranya dari Kecamatan Aikmel, Swela dan Pringgabaya.

Juni 2009. Polman, Sulawesi Barat--Kasus warga yang terjangkit penyakit diare di Kabupaten Polewali Mandar, saat ini sudah mengakibatkan sekitar sembilan

orang meninggal dunia. Penyakit ini banyak menjangkiti warga yang bermukim di wilayah yang jauh dari Kabupaten misalnya Barumbung dan Sepping Barat sudah berada dalam taraf waspada sehingga Promkes (Promosi Kesehatan Kec Matakali mengadakan penyuluhan secara intensif terhadap masyarakat serta pembagian poster tentang pencegahan diare dalam bahasa daerah (Mandar) dan bahasa Indonesia.

Juli 2009. Blitar, Jawa Timur. Sejak Januari hingga Juli 2009, sedikitnya 1000 warga kota Blitar terkena diare. Dua diantaranya meninggal dunia.

September 2009. Depok, Jawa Barat. Dokter pelaksana Puskesmas Cipayung, Mira Miranti mengatakan pada September 2009, dari 6000 pasien yang berkunjung ke Puskesmas, 60 diantaranya menderita diare. Dokter Puskesmas Pancoran Mas, Dece Feriani mengatakan pada bulan yang sama, pasien diare yang berkunjung ke rumah sakit tersebut mencapai 5 sampai 10 pasien diare, meningkat dari biasanya, hanya satu sampai dua orang pasien tiap hari.

Oktober 2009. Purwokerto, Jawa Tengah. Sejumlah 69 warga Desa Pamijen, Kecamatan Sokaraja, Banyumas, Jawa Tengah, harus menjalani rawat jalan karena terserang diare. Diare di desa tersebut juga telah merenggut nyawa enam jiwa.

November 2009. Jember, Jawa Timur. Akibat hujan deras yang terus terjadi di Jember, penderita diare mengalami peningkatan secara drastis. Menurut kepala Humas Dinas Kesehatan Jember, Yumarlis, sebelumnya dalam sebulan hanya 60 - 70 kasus diare. Namun sejak dua pekan terakhir justru meningkat hingga 90 kasus.

Sumenep, Jawa Timur. November 2009. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep, Madura, mencatat jumlah penderita diare tahun 2009 mencapai 25 ribu jiwa. Mayoritasnya adalah bayi, balita dan manula. Meski tinggi, Dinas Kesehatan setempat mengklaim berhasil menekan angka penderita diare yang sebelumnya berdasarkan peta rawan diare Dinas Kesehatan Jawa Timur diprediksi mencapai 35 ribu jiwa.

Labuang Baji, Sulawesi Selatan. Antara bulan September-November 2009, 293 orang dilaporkan terkena diare dan mendapatkan perawatan di Rumah Sakit Labuang Baji. Tiga diantara pasien tersebut dilaporkan meninggal dunia.

Dirangkum dari berbagai sumber

Satu persoalan lagi dalam konteks pencapaian target MDGs adalah masalah-masalah yang terkait dengan kerjasama internasional. Pada masa pemerintahan lalu, sempat mencuat adanya konflik antara Menteri Kesehatan RI dengan WHO dalam hal pengelolaan vaksin flu burung. Konflik ini memang selesai dengan adanya kesepakatan antara kedua-belah pihak, namun tetap saja menyisakan pertanyaan di publik tentang apa yang sebenarnya terjadi. Belajar dari kilas-kilas permasalahan yang mencuat pada saat masalah itu mengemuka, pemerintah Indonesia memang sepertinya perlu melakukan suatu tinjauan terhadap sistem pengadaan obat-obatan penting demi terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Selama ini, komponen bahan baku utama obat-obatan penting yang dibutuhkan masyarakat memang masih berasal dari luar negeri yang diperoleh melalui impor. Hal ini perlu dikaji keefektivannya mengingat kondisi perekonomian nasional maupun internasional yang masih belum stabil dan bisa berdampak pada pengadaan kebutuhan kesehatan penting bagi masyarakat Indonesia.

Jika dilihat dari keseluruhan gambaran tentang kondisi pencapaian target MDGs yang dilaporkan berbagai pihak, termasuk media massa, sepertinya memang belum bisa sepenuhnya disimpulkan bahwa Indonesia telah “on-track” dalam hal pencapaian target MDGs. Terdapat beberapa masalah, baik dari kebijakan maupun dari kondisi-kondisi sosial, ekonomi, termasuk perkembangan alam akibat perubahan iklim, yang berpotensi menghambat pencapaian target MDGs di Indonesia. Selain terus-menerus melakukan update terhadap perkembangan situasi, pemerintah juga perlu secara jeli mengkaji potensi-potensi hambatan yang berasal dari kebijakan-kebijakan yang diambil.

Reformasi Kesehatan Jalan di Tempat

Barangkali kita masih ingat fenomena Ponari, dukun cilik yang sempat dibanjiri ribuan pengunjung karena dipercaya mampu menyembuhkan berbagai jenis penyakit melalui air yang sudah dicelup dengan batu ajaib miliknya. Hingga saat ini, tidak ada klarifikasi dari siapa pun perihal kesaktian batu milik Ponari. Namun publik di Indonesia menyaksikan bagaimana ribuan orang rela antri di rumah tempat tinggal Ponari demi mendapatkan air yang dipercaya bisa membawa kesembuhan untuk beragam penyakit yang diderita. Pertanyaan yang menggelitik kita dari fenomena tersebut adalah, mengapa ada sebagian anggota masyarakat—yang jumlahnya ribuan—yang mempercayai pola pengobatan seperti yang dilakukan Ponari? Tidakkah sebenarnya pengobatan

modern yang ditopang dengan penelitian-penelitian medis yang ilmiah justru seharusnya lebih bisa meyakinkan?

Sebagian anggota masyarakat yang saat itu mengantri di depan rumah tempat tinggal Ponari barangkali tidak juga sepenuhnya percaya pada “kesaktian” Ponari. Motivasinya barangkali hanya sekadar ikhtiar dan coba-coba. Dalam konteks ini, kita bisa mengambil hipotesis jika yang sebenarnya terjadi adalah sebuah “fatalisme”. Pertanyaan berikutnya, mengapa tumbuh bentuk-bentuk fatalisme seperti itu di era modern seperti sekarang? Jawabannya bisa diprediksi jika kita mau membalikkan pertanyaan-pertanyaan tentang mengapa publik tidak terlalu mempercayai sistem pengobatan modern. Misalnya dengan bertanya, apakah pengobatan modern yang ditopang dengan penelitian ilmiah menjamin kesembuhan seseorang? Pertanyaan berikutnya yang mungkin muncul adalah; adakah pengobatan modern yang bisa diperoleh secara murah?

“Murah” dan dipercaya “mujarab” adalah dua kata kunci yang barangkali menjadi motif utama sebagian anggota masyarakat yang mencoba pengobatan ala Ponari. Kemujaraban pengobatan Ponari barangkali cenderung bersifat relatif, mengingat tidak ada pembuktian yang sahih tentang hal itu, namun biaya pengobatan yang dilakukan Ponari sudah bisa dijamin murah. “Pasien” hanya dikenakan uang sedekah sebesar Rp 5,000,- untuk sekali pengobatan. Mengapa publik tidak terlalu mempersoalkan kemujaraban pengobatan Ponari, jawabannya karena mungkin sistem pengobatan modern juga secara relatif tidak bisa dikatakan “mujarab”.

Terlebih setelah munculnya kasus yang menimpa Ny. Prita Mulyasari, sistem pengobatan modern yang dilakukan oleh sebuah rumah sakit swasta bertaraf internasional, tidak hanya menambah derita akibat bertambahnya penyakit, melainkan juga membawa implikasi hukum yang tidak kecil yang harus ditanggung Ny. Prita. Jangan ditanya soal biaya, karena sudah pasti di atas rata-rata kemampuan ekonomi jutaan pasien miskin yang hidupnya pas-pasan. Artinya, publik dengan nalar-bijaknya, tidak terlalu mempersoalkan aspek kemujaraban dalam hal pengobatan. Terlebih, sebagian masyarakat masih memegang teguh konsep “takdir” dan mempercayai bahwa muara dari semua ikhtiar sebenarnya ditentukan oleh Kehendak Yang Maha Kuasa. Apa mau dikata, itulah yang terjadi.

Fenomena Ponari sesungguhnya mencerminkan kualitas dari sistem pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) di Indonesia. Fatalisme—katakanlah begitu—sebagai bentuk “kepasrahan buta” yang mewabah di kalangan

miskin pedesaan (bahkan juga perkotaan) sebenarnya terjadi akibat sistem yang cenderung memfokuskan pelayanan kuratif (penanganan medis) dan rehabilitasi (pengobatan). Fenomena ini adalah cermin yang sangat gamblang menggambarkan ketidakberdayaan masyarakat dalam hal kesehatan.

Padahal, aspek kuratif dan rehabilitasi hanyalah sebagian dari pelayanan kesehatan yang komprehensif. Pemerintah sesungguhnya memiliki kewajiban untuk juga melakukan kegiatan-kegiatan promosi dan prevensi kesehatan yang secara substansi hanya bisa dilaksanakan bila ditopang dengan upaya sungguh-sungguh untuk pemberdayaan masyarakat. Kesenjangan antara penanganan medis (kuratif) dan rehabilitasi (pengobatan dan terapi) dengan promosi dan prevensi kesehatan menyebabkan tekanan pembiayaan kesehatan yang kian meningkat, terlebih ketika Indonesia masih dihadapkan pada masalah ketersediaan layanan dan ketergantungan pasokan obat-obatan impor. Di tengah tantangan kesehatan yang kian meningkat, misalnya akibat perubahan iklim dan semakin buruknya lingkungan yang menyebabkan pola penyakit menjadi kian kompleks, tekanan pada pembiayaan kesehatan menjadi kian berat. Dalam situasi krisis ekonomi seperti saat ini, pelayanan kesehatan yang berkualitas dan murah, menjadi mimpi yang kian tidak terbeli.

Kembali pada kata-kata kunci; “murah” dan “mujarab”. Suka tidak suka, kata-kata itulah yang semestinya diakui pemerintah sebagai tantangan utama dalam membangun sistem kesehatan yang demokratis dan berbasis pada penghormatan, perlindungan, serta pemenuhan hak asasi manusia di Indonesia. Kesehatan bukanlah komoditi yang hanya bisa dinikmati jika seseorang memiliki kemampuan daya beli. Kesehatan adalah hak semua kalangan dan golongan tanpa kecuali. Sehingga, sehat sebagaimana diartikan WHO sebagai keadaan fisik, mental (penghargaan dan martabat) dan sosial secara lengkap, tidak hanya berarti tidak adanya penyakit atau tubuh yang lemah, bisa diwujudkan sepenuhnya di Indonesia.

Tantangan tersebut memang bukan pekerjaan mudah untuk dijawab. Sekilas mengutip hasil studi Bank Dunia (2009), dunia kesehatan di Indonesia dihadapkan pada keadaan-keadaan yang pelik. Keadaan-keadaan tersebut diantaranya; (1) pola penyakit yang sudah kompleks; (2) tingginya ketimpangan regional dan social ekonomi antar wilayah dalam system kesehatan; (3) menurunnya kondisi dan penggunaan fasilitas kesehatan public serta kecenderungan penyedia utama fasilitas kesehatan beralih ke pihak swasta; (4) pembiayaan kesehatan yang rendah dan timpang; (5) desentralisasi; (6) angka

penularan HIV dan AIDS yang semakin meningkat.⁶

Pemerintah Indonesia sebenarnya bukannya tanpa upaya. Pada tahun 1999, Departemen Kesehatan Republik Indonesia mencanangkan sebuah program ambisius sektor kesehatan yang disebut dengan “Visi Indonesia Sehat 2010”. Visi tersebut tertuang dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang “Kebijakan Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010”. Berdasarkan konsideran yang tertuang dalam keputusan tersebut, visi kebijakan pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk menyelaraskan dengan perubahan tata-pemerintahan, guna mendukung desentralisasi dan otonomi daerah.

Pada tahun 2003, disusun Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Di dalam visi tersebut ditetapkan 50 indikator lengkap dengan target-target yang hendak dicapai pada tahun 2010. Indikator-indikator tersebut terbagi ke dalam tiga indikator umum, yakni (1) Indikator Derajat Kesehatan sebagai hasil akhir yang terdiri dari indikator mortalitas, morbiditas, dan status gizi; (2) indikator hasil antara yakni keadaan lingkungan, perilaku hidup sehat, akses serta mutu pelayanan kesehatan; dan (3) indikator proses dan masukan yang terdiri dari pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan, manajemen kesehatan, dan kontribusi sektor terkait.⁷

Terdapat banyak kemiripan antara indikator-indikator yang tertera dalam Visi Indonesia Sehat 2010 dengan indikator-indikator target MDGs. Misalnya, indikator mortalitas dalam Visi Indonesia Sehat 2010 yang mencantumkan target penurunan angka kematian bayi, balita, dan ibu hamil dan melahirkan yang mirip dengan target kelima dan keenam dalam MDGs. Ada pula target penanggulangan Malaria, TB, dan HIV dan AIDS yang mirip dengan target ketujuh dalam MDGs. Hal ini tidak mengherankan, sebab jika disimak dari waktu, diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Indikator-Indikator Visi Indonesia Sehat 2010 dilakukan setelah dicapainya kesepakatan global tentang MDGs.

Visi Indonesia Sehat 2010 juga menjadi dasar penyusunan Rencana Strategis Departemen Kesehatan RI 2005-2009, kemudian Riset Kesehatan Dasar 2007

6 Lihat leaflet: “Peningkatan Keadaan Kesehatan Indonesia. Bank Dunia. 2009.

7 Lihat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat.

(yang saat ini juga tengah dipersiapkan pelaksanaan Riset Kesehatan Dasar 2010), kemudian Sistem Kesehatan Nasional 2008 dan untuk menyelaraskan dengan kebijakan otonomi daerah, pemerintah juga menyusun Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten/kota 2008.

Rencana strategis Departemen Kesehatan adalah pedoman kebijakan jangka menengah di bidang kesehatan sebagai penerjemahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) guna mencapai Visi Indonesia Sehat 2010. Berdasarkan rencana strategis tersebut dilaksanakan beberapa kegiatan, diantaranya Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 sebagai upaya meningkatkan system surveilens, monitoring, dan informasi kesehatan yang juga dijadikan bahan masukan untuk Penyusunan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2008. Jika mempelajari dokumen-dokumen tersebut, memang terlihat adanya upaya pemerintah untuk menyesuaikan sistem kesehatan Indonesia dengan kecenderungan dan tuntutan jaman. Pemerintah mulai mengadaptasi beberapa tuntutan, seperti pemenuhan hak asasi manusia, pengarusutamaan gender, *good-governance*, serta mengaktifkan kembali atau merevitalisasi sistem pelayanan kesehatan dasar.

Persoalan baru yang muncul kemudian adalah mendorong harmonisasi antara program dengan kinerja, implementasi, serta pembiayaan. Persoalan lain adalah mengefektifkan rencana-rencana pembangunan yang telah disusun dengan keberagaman dan kesenjangan potensi daerah melalui sistem desentralisasi. Pemerintah juga kesulitan dalam mengerahkan seluruh potensi sumberdaya yang tersedia di tengah tarik-menarik kepentingan politik, baik di tingkat pusat maupun daerah, yang tidak pernah selesai. Kondisi ekonomi global, perubahan iklim, bencana, serta beban masyarakat yang kian berat turut membebani upaya untuk mendorong reformasi kesehatan di Indonesia.

Di dalam dokumen-dokumen seperti rencana strategis departemen kesehatan 2005-2009 dan Sistem Kesehatan Nasional 2008, pemerintah mengakui jika besaran anggaran kesehatan dari APBN, meski mengalami kenaikan dari 0.81% dari GDP menjadi 1.09% dari GDP, namun masih berada di bawah standar yang ditetapkan WHO, sebesar 5% dari GDP.⁸ Pemerintah juga mengakui jika proporsi pembiayaan pemerintah belum mengutamakan aspek promosi dan pencegahan masalah-masalah kesehatan.⁹

Di tengah terbatasnya sumberdaya, pemerintah—khususnya pemerintah

8 Lihat "Sistem Kesehatan Nasional 2008"

9 Ibid.

pusat—cenderung berupaya menjaga muka dengan lebih banyak merealisasikan program-program pembangunan sarana dan prasarana fisik kesehatan yang “mudah dilihat” ketimbang secara konsisten menerapkan kebijakan desentralisasi dengan konsekuensi mendorong lebih banyak partisipasi melalui pemberdayaan masyarakat. Alokasi anggaran pemerintah pusat di sektor kesehatan lebih banyak ditujukan untuk menopang ketersediaan sarana dan prasarana fisik, sementara masalah program, aksesibilitas, dan kualitas diserahkan pendanaannya kepada pemerintah daerah. Kecuali ditopang oleh kualitas sumberdaya dan kreativitas pemerintahan daerah, kebijakan desentralisasi kesehatan ternyata menjadi penyebab reformasi kesehatan di Indonesia cenderung jalan di tempat, tanpa perubahan yang berarti terhadap pemenuhan hak atas kesehatan.

Alih-alih mewujudkan sistem kesehatan yang menjamin pemenuhan hak atas kesehatan, pemerintah justru cenderung menyerahkan masalah kesehatan pada mekanisme pasar. Masalah utama yang melatarbelakangi fenomena ini adalah keterbatasan finansial pemerintah dalam menyediakan sarana dan prasarana pelayanan fisik kesehatan di Indonesia. Dalam dokumen rencana strategis Departemen Kesehatan 2005-2009 diakui bahwa Indonesia masih menghadapi berbagai kendala akses fisik, misalnya rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih jauh di bawah negara-negara tetangga seperti Malaysia dan Singapura. Menurut studi Bank Dunia, Indonesia hanya memiliki 13 dokter untuk 100.000 penduduk, salah-satu rasio terendah di Asia. Di Provinsi Lampung, rasionya adalah 6 dokter untuk 100.000 penduduk. Fakta lain yang ditemukan Bank Dunia adalah, hampir 40% dokter ditemukan absen dari pos mereka tanpa alasan yang sah pada saat jam kerja resmi pemerintah¹⁰.

Akan tetapi, kebijakan yang berfokus pada pemenuhan ketersediaan ini justru berdampak pada semakin kuatnya arus komersialisasi dan kesenjangan pelayanan kesehatan di Indonesia. Sudah pasti, tidak akan ada investor yang mau menanamkan modalnya jika tidak ada jaminan keuntungan yang bisa diraih. Investasi yang masuk, baik dalam hal pendirian sarana rumah-sakit, klinik atau balai-balai pengobatan, apotek, termasuk pendirian sekolah-sekolah tinggi kedokteran dan kesehatan sampai asuransi kesehatan lebih banyak berada di kawasan perkotaan dengan segmen pasar yang terbatas, cenderung kalangan ekonomi menengah ke atas.

10 Lihat. Bank Dunia. 2008. “Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan di Indonesia. Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan”. Bank Dunia. 2008. Halaman 4.

Fenomena ini juga menyebabkan tenaga-tenaga kesehatan lebih memilih untuk bekerja di perusahaan-perusahaan jasa kesehatan swasta yang berorientasi pada keuntungan ketimbang mengabdikan diri di instansi-instansi pelayanan kesehatan publik. Hal ini juga dikondisikan oleh tingginya biaya pendidikan kesehatan di fakultas-fakultas kedokteran baik di perguruan tinggi negeri maupun swasta. Akibatnya, sumberdaya penopang pelayanan kesehatan publik menjadi semakin mengecil. Pemerintah pun mengakui hal ini. Menteri Kesehatan Dr. Endang Sedyaningih, dalam wawancara dengan Harian Suara Pembaruan edisi 23 Desember 2009 mengatakan distribusi tenaga kesehatan masih belum merata. Padahal setiap tahun terdapat kurang lebih 6000 dokter baru, sementara jumlah puskesmas di Indonesia berkisar sekitar 8000 unit.

Di sisi lain, atas nama profesionalisme dan akuntabilitas pelayanan publik yang disesuaikan dengan tuntutan otonomi daerah, pemerintah berusaha untuk menyusun standar pelayanan minimum yang berlaku untuk seluruh kabupaten dan kota di Indonesia. Namun niat baik untuk menetapkan standar pelayanan minimum berdasarkan prinsip profesionalisme dan akuntabilitas justru menjadi “senjata makan tuan” ketika tidak ditopang oleh dukungan sumberdaya yang memadai.

Tidak semua pemerintah daerah, khususnya tingkat kabupaten dan kota, memiliki kemampuan ekonomi, sumberdaya yang memadai, serta kemauan politik untuk menopang terlaksananya standar pelayanan minimum. Keadaan ini diperparah oleh pemekaran daerah yang tidak terpola sepanjang 10 tahun terakhir. Bahkan tidak sedikit pemerintah daerah yang justru mengandalkan pendapatan asli daerahnya dari retribusi pelayanan kesehatan yang ditarik melalui rumah sakit bahkan puskesmas. Ada pula daerah-daerah yang menggunakan anggaran kesehatan untuk membiayai kegiatan-kegiatan di luar sektor kesehatan, seperti untuk pelaksanaan pemilukada.

Biaya Kesehatan Naik

Efektivitas bagi Peningkatan Kesehatan Dipertanyakan

Jakarta, Kompas - Belanja kesehatan di Indonesia selama beberapa tahun ini ternyata terus meningkat. Namun, efektivitas pengeluaran itu dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dipertanyakan. Untuk pengendalian biaya kesehatan perlu dilakukan evaluasi ekonomi dan riset lanjutan.

Hal itu tecermin dalam hasil penelitian “National Health Account” oleh pakar

kesehatan masyarakat dari Universitas Indonesia Prof Ascobat Gani, Prastuti Soewondo, dan Mardiaty Najib. Sepanjang tahun 2002-2008, menurut mereka, total belanja kesehatan naik rata-rata 19,76 persen per tahun dengan penambahan penduduk rata-rata 1,33 persen per tahun. Produk domestik bruto naik rata-rata 20,8 persen per tahun.

Prastuti, se usai media workshop “Health Economics”, Selasa (12/1), mengatakan, data itu merupakan estimasi dan perlu kajian lebih dalam. ”Ini gambaran makro. Kami masih menganalisis secara rinci,” ujarnya.

Terjadi pula pergeseran perbandingan antara porsi publik (pemerintah serta jaminan sosial, seperti Jamkesmas, PT Askes, dan PT Jamsostek) dan nonpublik (privat, seperti korporat, asuransi, dan rumah tangga).

Pada 2002, perbandingan sektor publik dan nonpublik ialah 35:65. Pada 2008, menjadi 54:46 persen. Belanja di sektor publik naik rata-rata 27,2 persen.

Rumah tangga

Untuk belanja kesehatan porsi privat, pengeluaran rumah tangga paling dominan. Belanja kesehatan dari kantong sendiri Rp 30,4 triliun dari total belanja kesehatan sekitar Rp 101 triliun tahun 2008.

Mardiaty mengatakan, di satu sisi itu bisa berarti kesadaran kesehatan dan daya beli meningkat. Namun, juga mengkhawatirkan karena menggambarkan belum semua masyarakat mempunyai jaminan kesehatan.

Guru besar FKM UI, Prof Hasbullah Thabrany, mengatakan, keefektifan belanja kesehatan masih harus diukur dengan pendekatan evaluasi ekonomi bidang kesehatan melalui riset terkait. ”Apakah dengan dana itu sudah didapat hasil maksimal,” ujarnya. Di tengah meningkatnya belanja pemerintah, misalnya, persoalan kematian ibu masih tinggi.

Ketua Departemen Farmakoterapi Universitas Utah, AS, Diana I Brixner mengatakan, dengan alokasi biaya kesehatan terbatas dan meningkatnya populasi, yang bisa dilakukan, antara lain meningkatkan efisiensi sistem. Hal itu berarti mengurangi penggunaan produk dan jasa yang kurang bernilai. Tentang obat, misalnya, dulu keputusan pengobatan berdasarkan tingkat efikasi dan efek samping tanpa pertimbangan biaya. Tetapi, dengan biaya terbatas, faktor itu perlu dipertimbangkan. (INE)

Sumber: Kompas, Rabu, 13 Januari 2010

Masalah menjadi bertambah ketika pemerintah justru membatasi ruang gerak bagi keterlibatan masyarakat dalam membantu pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bagi warganya. Pemerintah cenderung mengartikan “partisipasi masyarakat” sebagai peningkatan potensi kontribusi pembiayaan kesehatan dari masyarakat. Tidak heran bila masyarakat cenderung menganggap reformasi kesehatan sebagai semakin mahal biaya kesehatan. Akibatnya, pelayanan kesehatan pun menjadi sangat “segmented”, hanya bisa dirasakan oleh kalangan yang berkecukupan secara finansial. Sementara untuk kalangan yang tidak memiliki kemampuan ekonomi, dipaksa menunggu mati dan menyerah pada keadaan.

Pembatasan berikutnya dilakukan melalui terbitnya Undang-Undang Yayasan UU No 28 Tahun 2004. Undang-Undang ini dilatarbelakangi oleh adanya kecenderungan pemanfaatan badan hukum yayasan untuk kegiatan-kegiatan yang berorientasi keuntungan untuk menghindari ketentuan pajak yang tinggi. Undang-Undang ini berdampak pada rumahsakit-rumahsakit dan balai-balai pengobatan yang dimiliki oleh Yayasan. Tekanan yang paling konkret akibat terbitnya UU ini adalah tingginya beban pajak yang harus disetorkan kepada pemerintah. Akibatnya, banyak rumahsakit yang pada awalnya dibangun untuk kepentingan sosial, dipaksa mengubah orientasi pelayanannya ke arah *profit*.

Menurut ketentuan, penghasilan yayasan atau organisasi yang sejenis yang merupakan Objek Pajak Penghasilan adalah semua penghasilan yang diterima atau diperoleh yayasan atau organisasi yang sejenis sesuai dengan ketentuan dalam Pasal 4 ayat (1) Undang-undang PPh antara lain adalah :

- a. penghasilan yang diterima atau diperoleh dari usaha, pekerjaan, kegiatan, atau jasa;
- b. bunga deposito, bunga obligasi, diskonto SBI dan bunga lainnya;
- c. sewa dan imbalan lain sehubungan dengan penggunaan harta;
- d. keuntungan dari pengalihan harta, termasuk keuntungan pengalihan harta yang semula berasal dari bantuan, sumbangan atau hibah;
- e. pembagian keuntungan dari kerja sama usaha.

Bagi yayasan atau organisasi sejenis yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan, yang termasuk penghasilan dan dapat dikenai pajak adalah sebagai

berikut:

- a. Uang pendaftaran untuk pelayanan kesehatan
- b. Sewa kamar atau ruangan di rumah sakit, poliklinik, dan pusat pelayanan kesehatan.
- c. Penghasilan dari perawatan kesehatan seperti uang pemeriksaan dokter, operasi, rontgent, scanning, pemeriksaan laboratorium, dll.
- d. Uang pemeriksaan kesehatan termasuk “general check up”.
- e. Penghasilan dari penyewaan alat-alat kesehatan, mobil ambulance, dan sebagainya.
- f. Penghasilan dari penjualan obat.
- g. Penghasilan lainnya sehubungan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan dan dalam bentuk apapun.

Pada tahun 2009, Pemerintah Indonesia mengesahkan Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Di dalam UU ini dijelaskan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang tetap harus mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu, terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan setinggi-tingginya.¹¹ Undang-undang ini disahkan di tengah kontroversi kasus perseteruan antara Ny. Prita Mulyasari dengan RS Omni Internasional. Oleh karenanya, ketentuan tentang hak-hak pasien tergambar secara relatif jelas.

Selain untuk memberikan payung-hukum untuk pengelolaan rumah sakit, UU Rumah Sakit juga ditujukan unruk meningkatkan pelayanan rumah sakit secara umum, melalui penetapan standar pelayanan institusi dan standar kompetensi sumberdaya kesehatan, serta membuka ruang investasi asing untuk turut serta terlibat dalam industri jasa pelayanan kesehatan di Indonesia. Permasalahannya, UU ini mempersempit aktor penyelenggara rumah sakit menjadi hanya pemerintah dan swasta. Keberadaan yayasan-yayasan atau organisasi-organisasi yang menjalankan misi keagamaan dan bersifat non-profit di bidang rumah sakit tidak disebutkan secara eksplisit di dalam UU ini.

Rumahsakit-rumahsakit yang bernaung dalam Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum (Yakkum) misalnya, tidak lagi secara leluasa menjalankan

11 Lihat Bagian Menimbang poin b UU Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

misi “*tolong doeloe, oeroesan belakang*” untuk melayani pasien-pasien miskin. Misi ini tetap dilaksanakan meski bebannya menjadi semakin berat. Rumahsakit-rumahsakit khusus, seperti rumahsakit untuk penyandang lepra atau panti-panti rehabilitasi untuk difabel, dipaksa untuk mengubah sasaran pelayanan atau gulungtikar karena tidak mampu membayar beban pajak yang sangat tinggi.

Toelong Doeloe Oeroesan Belakang

Sejak tahun 1890, RS Bethesda yang kemudian diikuti RS-RS Yakkum yang lain mengembangkan motto :”*Toelong Doeloe, Oeroesan Belakang*”. Yang bukan hanya membebaskan uang muka bagi semua pasien baik di UGD maupun di rawat inap, namun juga keringanan yang lain kepada orang miskin, yaitu mendapat hak keringanan biaya, mendapat kesempatan mencicil biaya, mendapat rehabilitasi sosial ekstramural bekerjasama dengan masyarakat, mendapatkan pelayanan sosio medis, mendapat pelayanan kesehatan primer rumah sakit dan pelayanan social lain.

Pelaksanaan pelayanan sosial ini mendapat tantangan berat ketika Indonesia didera krisis ekonomi di tahun 1997-1999. Pada masa itu hamper semua RS.keagamaan menghadapi dilemma antara meneruskan menjalankan misi kepada orang miskin, dengan survive secara ekonomi di masa krisis. Pada saat itu semua khawatir bahwa menjalankan fungsi sosial di masa krisis akan membawa RS terpuruk di masa krisis tersebut, pada sisi lain gereja pendiri TS khawatir tentang bagaimana nasib rakyat kecil kalau semua rs keagamaan hanya memikirkan dirinya sendiri agar survive?

Untuk menjawab permasalahan tersebut, Sigit Wijayanta, yang pada waktu itu menjadi mahasiswa S3 di Deptement Finance, Fakultas Bisnis dan Ekonomi University Sains Malaysia , mengarahkan disertasinya untuk memecahkan masalah tersebut, dengan melakukaqn penelitian kepada seluruh RS keagamaan di Indonesia.

Dalam Disertasi yang berjudul “Impact of the 1997-1999 Economic Crisis on Religious Hospital in Indonesia” (USM, 2003) dan buku “ Medical Dilemma: The Challenge of Economic Crisis to Social Mission of Religious Hospitals in Indonesia” (Difam-Germany, 2002) disimpulkan bahwa RS-RS Keagamaan tetap menjalankan fungsi sosial di masa krisis, walau demikian kinerja financial

mereka tidaklan turun secara significant. Ini disebabkan karena banyak RS sadar akan ancaman krisis dan melakukan banyak efisiensi baik dalam rasionalisasi diagnosa dan pengobatan sehingga tetap didapat unit cost yang terjangkau rakyat kecil. Disimpulkan dalam kedua buku tersebut bahwa sebenarnya problem utama mahalnya pelayanan kesehatan dan juga tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan adalah liberalisasi, kartelisme Industri pelayanan kesehatan dan profesi kesehatan.

RS akan masih tetap hidup apabila mereka mau kembali kepada khitah mula-mula sebagai bagian dari pemenuhan hak dasar manusia untuk hidup sehat di bumi ini. Dari sisi bisnis RS bisa juga dikelola dengan prinsip Fortune from the Bottom of Piramid. Berbisnis dengan rakyat kecil tak harus rugi, asal benar-benar dimanage secara benar menyesuaikan diri dengan kantong pasien miskin, dan sudah menjadi ntanggungjawab Negara sebagai penerima pajak untuk menanggung apa yang menjadin beban rakyat kecil (SW).

Tingginya beban pajak yang harus ditanggung ditambah dengan beranekarupa retribusi yang ditetapkan pemerintah daerah menyebabkan yayasan-yayasan yang hendak menjalankan misi pelayanan kesehatan menjadi tidak lagi berani untuk membuka wilayah-wilayah baru untuk memperluas cakupan pelayanan kesehatan. Akibatnya, masalah ketersediaan layanan menjadi kian tidak terpecahkan.

Tingginya beban pajak tidak diimbangi dengan keseriusan pemerintah dalam menerapkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (Jamsosnas), padahal UU tentang Jamsosnas telah diberlakukan sejak tahun 2004. Demikian pula dengan masalah jamkesmas, selain cakupan pelayanan asuransi yang terbatas baik secara kualitas maupun kuantitas, pemerintah pun kerap menunggak pembayaran klaim jamkesmas baik dari rumah sakit pemerintah maupun rumahsakit swasta atau rumahsakit milik yayasan. Prosedur klaim yang berbelit kerap menghambat berjalannya pelayanan kesehatan, khususnya untuk kalangan miskin.

Pembatasan yang lain muncul dari Undang-Undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009. Adalah Misran, perawat kesehatan yang bekerja di pedalaman Kalimantan terpaksa harus mendekam dalam penjara akibat dianggap melanggar ketentuan dalam UU nomor 36 tahun 2009. Misran didakwa telah melanggar pasal 82 (1) huruf D Jo Pasal 63 (1) UU nomor 32 tahun 1992

tentang kesehatan. Berdasarkan pasal-pasal tersebut, Misran dianggap telah bertindak diluar kewenangan karena memberikan obat keras yang seharusnya diberikan berdasarkan resep dokter.

Hukuman hukuman 3 bulan penjara, denda Rp 2 juta rupiah subsider 1 bulan pada 19 November 2009 yang dijatuhkan Pengadilan Negeri Tenggarong, yang dikuatkan oleh putusan Pengadilan Tinggi Kalimantan Timur terjadi pada saat negara sebenarnya belum bisa mewujudkan tanggungjawab untuk memenuhi ketentuan sebagaimana tertera dalam pasal 17 UU nomor 39 tahun 2009 tentang menyediakan akses informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia. Pengabdian Misran selama delapan tahun dalam melayani kepentingan masyarakat pedalaman atas layanan kesehatan seolah tidak berarti apa-apa di mata UU yang usianya kurang lebih baru satu tahun.

Kasus yang menimpa Misran menunjukkan kelemahan fundamental dalam paradigma kebijakan dan hukum kesehatan di Indonesia yang parsialis dan positivis. Aparatur penegak hukum tidak melihat kenyataan kenyataan sosial tidak bisa berubah dengan cepat dan langsung sesuai dengan gambaran ideal sebagaimana tertuang dalam undang-undang. Apa yang dilakukan Misran adalah tindakan yang bisa dipahami sebab syarat-syarat sosial untuk mewujudkan ketentuan sebagaimana tertuang dalam pasal yang dinyatakan telah dilanggar Misran masih belum terpenuhi. Vonis yang dijatuhkan pun seharusnya bukan dengan memenjarakan Misran, sebab vonis penjara yang dijatuhkan pada Misran tidak akan membawa dampak signifikan terhadap perubahan sistem.

Perubahan Iklim dan Kesehatan

Tantangan besar lain yang harus dihadapi sektor kesehatan adalah perubahan iklim dan bencana-bencana yang terkait dengan perubahan iklim. Perubahan iklim adalah gejala perubahan sebagai akibat dari meningkatnya temperatur dunia sebagai akibat dari berubahnya kondisi fisik atmosfer yang melapisi bumi.¹² Perubahan iklim membawa dampak yang cukup luas terhadap keseimbangan ekologi, oleh karenanya, pengaruhnya pun cukup luas pada kehidupan sosial masyarakat.

12 Istilah perubahan iklim kerap digunakan secara tertukar dengan istilah “pemanasan global”, padahal pengertian pemanasan global sebenarnya hanya merupakan bagian dari perubahan iklim. Sebab, parameter iklim sebenarnya tidak hanya temperatur, terdapat parameter lain seperti presipitasi, kondisi awan, angin, maupun radiasi. Pemanasan global merupakan peningkatan rata-rata temperature atmosfer yang berkontribusi pada perubahan pola iklim secara global. Pemanasan global terjadi sebagai akibat dari meningkatnya jumlah emisi gas rumah kaca di lapisan atmosfer.

Khususnya terhadap kondisi kesehatan masyarakat, perubahan iklim setidaknya membawa dua dampak yang sama-sama ekstrem, yakni menurunnya resiliensi masyarakat baik secara ekonomi maupun sosial karena menurunnya daya dukung alam yang tidak seimbang dengan kemampuan adaptasi masyarakat dan di sisi lain meningkatkan ancaman-ancaman terhadap kesehatan dan keselamatan manusia dan makhluk hidup lainnya sebagai akibat dari bencana-bencana iklim serta meluasnya penyebaran wabah penyakit, khususnya penyakit yang disebabkan oleh nyamuk.

Khususnya bagi Indonesia, sebagai negara kepulauan yang berada di kawasan tropis, perubahan iklim membawa berbagai dampak negatif yang merugikan kehidupan rakyat, khususnya kalangan miskin dan marjinal. Secara ekonomi, perubahan iklim menyebabkan puluhan jutaan penduduk yang kehidupannya bergantung pada ketersediaan sumberdaya produktif yang disediakan alam—seperti pertanian, kehutanan, dan perikanan laut—terancam kehilangan pekerjaan. Perubahan-perubahan cuaca ekstrem, berupa kemarau panjang, banjir, badai, dan meningkatnya gelombang serta permukaan air laut, secara umum berkembang di atas rata-rata kemampuan adaptasi penduduk.

Perubahan iklim telah secara tidak langsung mempersempit lapangan kerja di pedesaan. Hal ini menyebabkan gelombang migrasi dan urbanisasi tenaga kerja berpendidikan rendah ke perkotaan dan keluar negeri untuk menjadi buruh migran semakin tinggi. Pada saat ini, kurang lebih 6 juta penduduk Indonesia menjadi tenaga kerja murah di berbagai negeri. Dengan tingkat pendidikan rata-rata yang rendah dan ditopang oleh ketiadaan informasi yang memadai, menyebabkan mayoritas pelaku migrasi dan urbanisasi hidup dan bekerja pada wilayah-wilayah dengan tingkat *hazard* yang cukup tinggi, seperti tinggal di kawasan-kawasan kumuh perkotaan dengan sanitasi dan ketersediaan air bersih yang buruk atau bekerja di sektor-sektor yang rentan terhadap bahaya, salah satunya adalah sektor rumah tangga, tanpa jaminan kesehatan yang memadai. Akibatnya, tidak sedikit pelaku migrasi yang pulang dengan tangan hampa, meninggal dunia, atau justru terjerembab dalam kondisi-kondisi kehidupan yang sangat buruk.

Namun, masalahnya tidak hanya itu. Fenomena migrasi tenaga kerja saat ini, yang pelakunya didominasi oleh perempuan, berlangsung di tengah sistem masyarakat yang patriarkis. Migrasi perempuan tidak serta-merta mengalihkan fungsi dan peranan perempuan—khususnya mereka yang menjadi ibu rumah-tangga—dalam urusan reproduksi pada keluarga-keluarga patriarkis. Masalah

yang kerap mengemuka akibat keadaan ini adalah tidak adanya perhatian pada masalah kesehatan keluarga. Tidak sedikit anak-anak dan balita dari keluarga migran yang akhirnya menderita gizi buruk akibat kurangnya perhatian dari orangtua.

Secara politik, perubahan iklim kerap mendorong terjadinya perubahan tata-kuasa sumber-sumberdaya produktif yang selama ini menjadi sumber penghidupan rakyat. Contoh yang paling terlihat mengenai hal ini adalah perubahan fungsi kawasan hutan tropis dan lahan gambut menjadi areal perkebunan sawit dalam rangka memenuhi kebutuhan *Crude Palm Oil* (CPO) yang menjadi bahan-baku pembuatan biofuel. Seperti diketahui, isu perubahan iklim telah mendorong adanya perubahan pola konsumsi energy dunia, dari yang menggunakan bahan-bakar berbasis fosil (*fossil fuel*) menjadi bahan-bakar-nabati (*biofuel*).

Tidak kurang 6 juta hektar lahan hutan tropis telah dikonversi menjadi areal perkebunan sawit di hampir semua pulau besar di Indonesia.¹³ Konversi hutan tropis menjadi kawasan perkebunan monokultur kelapa sawit tentu saja membawa berbagai dampak, mulai dari hilangnya keanekaragaman hayati, berkurangnya sumber-sumber pangan masyarakat, konflik-konflik sosial, hingga ancaman-ancaman penyakit akibat penggunaan masifnya penggunaan herbisida—khususnya jenis Paraquat—di kawasan-kawasan perkebunan sawit.¹⁴ Tidak hanya itu, pembukaan areal hutan, khususnya hutan gambut, baik melalui cara pembakaran maupun pembabatan, berakibat pada lepasnya unsur gas methan yang permukaan tanah yang justru menyebabkan semakin tebalnya lapisan gas rumah kaca di atmosfer bumi.

Dari sudut kesehatan, perubahan iklim khususnya pemanasan global, menyebabkan meluasnya areal endemic *vector-borne diseases*. Berdasarkan berbagai laporan dari masyarakat, pemanasan global telah berkontribusi pada meluasnya areal kembang-biak nyamuk anopheles penyebab Malaria. Selain malaria, pemanasan global telah berkontribusi pada meluasnya penyebaran jentik-jentik nyamuk penyebab demam berdarah dan filariasis. Juga perlu ditambahkan dalam paparan ini, ancaman-ancaman penyakit yang disebabkan oleh bencana-bencana iklim seperti leptospirosis dan diare yang disebabkan

13 Menurut rencana, pemerintah akan terus melakukan pembukaan areal hutan untuk memperluas kawasan perkebunan sawit hingga 20 juta hektar pada tahun 2020 yang akan datang.

14 Paraquat adalah jenis herbisida yang paling banyak digunakan di dunia. Herbisida jenis ini memiliki reputasi yang buruk dalam hal kesehatan karena toksisitas akut oral yang banyak diderita oleh pekerja perkebunan, khususnya di perkebunan kelapa sawit. Informasi mengenai paraquat dapat dilihat dalam "Paraquat Factsheet" di <http://www.pan-uk.org/pestnews/Actives/paraquat.htm>

oleh banjir dan rob.

Di Malang, sepanjang 2002 hingga 2009, di 13 kecamatan itu ditemukan 29 kasus penderita kaki gajah, tujuh orang di antaranya meninggal dan dua penderita terpaksa diamputasi kakinya. Sejak itu Kabupaten Malang pun menjadi wilayah endemis penyakit kaki gajah. Yang mengerikan, kaki gajah tak hanya mewabah di Malang. Dalam waktu hampir bersamaan, penyakit yang ditularkan oleh pelbagai spesies nyamuk yang membawa virus filaria tersebut juga menyerang hampir seluruh daerah di Tanah Air. Setidaknya 316 kabupaten dan kota termasuk wilayah endemis filariasis atawa kaki gajah.¹⁵

Seperti diketahui, penyebab penyakit kaki gajah adalah tiga spesies cacing filarial, yakni *Wucheria bancrofti*, *Brugia malayi*, dan *Brugia timori*. Di Indonesia vektor penularnya diketahui ada 23 spesies nyamuk dari genus *Anopheles*, *Culex*, *Mansonia*, *Aedes*, dan *Armigeres*. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat, filariasis merupakan satu dari penyakit yang muncul kembali, bahkan kian mewabah, terutama di negara-negara tropis, akibat pemanasan global yang melanda belakangan ini. Menurut data WHO, sepanjang 1976-2008 tercatat 30 penyakit muncul akibat perubahan iklim dan pemanasan global. WHO juga mencatat, perubahan iklim yang terjadi telah mengakibatkan sekitar 150 ribu angka kematian setiap tahunnya. Keadaan ini akan berkembang dua kali lipat pada 2030. Masalah ini terutama akan terlihat pada negara-negara dunia ketiga.

Intinya, perubahan iklim pada akhirnya memperburuk kemiskinan serta meningkatkan kerentanan masyarakat dalam hal kesehatan (baik secara fisik, nutritional, mikrobiologikal, maupun mental).¹⁶ Ketergantungan biologi dan ekonomi manusia terhadap stabilitas, produktifitas, dan resiliensi lingkungan alam adalah mutlak. Lahan pertanian pangan, pasokan air bersih, kualitas udara, pasokan serat dan kayu, zat-zat alam yang mengandung obat (*natural medicinal substances*), dan stabilitas iklim, semuanya terkait dengan kesehatan manusia—dan semuanya terkena dampak negatif akibat perubahan iklim. Oleh karenanya, dibutuhkan suatu strategi mitigasi dan adaptasi yang tepat dan terarah serta sesuai dengan kondisi obyektif—geografis, demografis, klinis, maupun sosiologis—Indonesia.

Sejauh ini, pemerintah memang telah menyusun langkah-langkah ke mitigasi

15 Lihat “Bumi Memanas Penyakit Mengganas”. Koran Tempo, 13 Desember 2009.

16 Penjelasan lebih lengkap mengenai dampak kesehatan akibat perubahan iklim bisa dilihat di situs WHO, khususnya di http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2009/climate_change_20090311/en/index.html

perubahan iklim. Salah-satu langkah yang dilakukan pemerintah adalah dengan membentuk Dewan Nasional Perubahan Iklim (DNPI). Dewan ini dibentuk berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 46 tahun 2008. Sesuai dengan mandatnya, dewan ini bertugas untuk mengkoordinasikan pelaksanaan pengendalian perubahan iklim dan untuk memperkuat posisi Indonesia di forum internasional dalam pengendalian perubahan iklim.

Banjir Robohkan Pagar RSUD Mamuju

Media Indonesia, Jumat, 25 Desember 2009

MAMUJU--MI: Banjir akibat hujan deras yang melanda Mamuju, Sulawesi Barat, Jumat (25/12), selain merendam ratusan rumah penduduk juga menggenangi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Mamuju.

Bahkan, pagar RS tersebut sepanjang 100 meter roboh akibat diterjang arus banjir. Selain merobohkan pagar, banjir juga menggenangi ruang perawata, sehingga ruangan kotor dipenuhi lumpur dan sampah yang terbawa air.

Menurut salah seorang warga Mamuju, Fathur, banjir mulai terjadi pada Jumat dinihari setelah wilayah itu diguyur hujan deras sejak Rabu (23/1) malam.

Selain akibat hujan deras, ujarnya, musibah kali ini juga dipengaruhi oleh buruknya sistem drainase di ibu kota Sulawesi Barat itu. Akibatnya, air hujan tidak bisa mengalir sehingga meluap ke segala arah.

“Banjir kali ini lebih parah jika dibandingkan dengan tahun lalu. Baru hujan satu hari, banjir sudah setinggi paha,” kata Fathur.

Permukiman penduduk yang terendam banjir antara lain Asrama Kodim 1401 Mamuju, kompleks BTN Ampu di Kelurahan Rimuku, Kelurahan Binanga, dan Kelurahan Mamunyu. Seluruhnya berada di Kecamatan Mamuju, Kabupaten Mamuju.

“Kalau hujan terus, banjir pasti akan lebih parah. Inilah yang mencemaskan kami, karena saat ini baru masuk musim hujan. Entah bagaimana pada Januari nanti yang merupakan puncak musim hujan,” kata warga lainnya, Anjas. (M-FH/OL-01)

Sejauh ini, upaya yang dilakukan oleh DNPI masih terbatas pada perumusan

beberapa kebijakan dalam konteks adaptasi, seperti perubahan pola konsumsi energi dari bahan bakar fosil ke bahan-bakar nabati. Belum ada langkah konkret yang telah dilakukan oleh badan yang membawahi hampir 18 lembaga kementerian dan setingkat menteri itu. Seolah terbawa oleh arus perdebatan mengenai perubahan iklim pada tingkat global, fokus DNPI cenderung lebih banyak mengkaji aspek-aspek ekonomi yang menjadi tema-tema panas dalam perundingan iklim global. Sedikit sekali perhatian yang diarahkan untuk mengkaji dampak perubahan iklim terhadap kesehatan.

Padahal, sebagai negara berkembang yang berbentuk kepulauan di mana rakyatnya memiliki ketergantungan yang relatif tinggi pada keseimbangan iklim dan ekologis, semestinya pemerintah tidak begitu saja mengikuti arus perdebatan pada tingkat global, dengan memfokuskan perhatian pada kajian-kajian mengenai dampak-dampak spesifik perubahan iklim terhadap kehidupan masyarakat di Indonesia, khususnya pada aspek sosial-kesehatan. Hal ini sepatutnya diikuti dengan peningkatan kapasitas aparatur pemerintahan—khususnya yang bergerak di sektor kesehatan—untuk bisa lebih sensitif dan tanggap dalam mengamati perkembangan-perkembangan situasi sosial-kesehatan yang diakibatkan oleh perubahan iklim.

Kegagalan dalam memahami gambaran lengkap tentang dampak perubahan iklim bagi kehidupan manusia tidaklah mengherankan. Ada kesenjangan yang besar antara memahami jenis risiko yang ditimbulkan oleh perubahan iklim untuk kesehatan dasar dan terhadap pemahaman konvensional mengenai bagaimana suatu wabah penyakit berkembang-biak.

Contoh yang barangkali relevan dengan pernyataan di atas adalah kejadian pasca pengobatan massal filariasis di Kabupaten Bandung, Jawa Barat. Media massa melaporkan, sembilan orang meninggal dunia dan puluhan lainnya terpaksa mendapatkan perawatan rumah sakit pasca mengonsumsi vaksis filariasis. Meski pemerintah membantah sinyalemen yang mengatakan bahwa kematian tersebut akibat pemberian vaksis filarial, namun masyarakat sepertinya enggan percaya.

Oleh karenanya, di tengah situasi yang semakin menghimpit, terdapat beberapa hal yang saat ini, hendaknya dilakukan pemerintah dalam rangka mengatasi dampak perubahan iklim terhadap kondisi kesehatan masyarakat. *Pertama*, pemerintah sebaiknya segera mengakukan kajian yang terstruktur mengenai dampak-dampak perubahan iklim terhadap meningkatnya resiko kesehatan. Kajian tersebut sebaiknya diperluas dengan mencakup aspek-aspek yang

diperkirakan merupakan terkait dengan dampak perubahan iklim terhadap kesehatan manusia. Hal ini sebenarnya telah menjadi salah-satu rekomendasi dalam pertemuan WHO 2008 yang memandatkan WHO untuk meluncurkan program tentang perubahan iklim dan kesehatan. Mengingat dampak-dampak perubahan iklim senantiasa spesifik dan lokal, pemerintah Indonesia sebaiknya berinisiatif untuk juga melakukan kajian yang sama pada konteks Indonesia.

Kedua, menyusun strategi atau kebijakan adaptasi perubahan iklim dengan mencakup strategi-strategi pencegahan pada level primer, sekunder, dan tertier. Resiko-resiko kesehatan yang tidak terhindarkan sebaiknya diatasi sebisa mungkin dengan mengurangi tingkat ancaman, dan meningkatkan pemantauan, dan modifikasi pengaruh resiko atau dampak kesehatan, serta memberikan respon yang baik terhadap ancaman-ancaman aktual perubahan iklim terhadap kesehatan. Sebagaimana yang diserukan oleh WHO, memperkuat pelayanan kesehatan adalah komponen utama yang seharusnya tertera dalam strategi adaptasi perubahan iklim.¹⁷

Ketiga, pemerintah juga sebaiknya tetap mengampanyekan pentingnya pengurangan emisi gas rumah kaca pada tingkat global dan secara konsisten menekan produksi emisi gas rumah kaca pada tingkat nasional dengan mengedepankan prinsip-prinsip pembangunan yang berkelanjutan, ramah lingkungan, dan berorientasi pada pemenuhan kebutuhan dalam negeri.

Kesimpulan: Kesehatan Dasar berbasis Hak

Dengan gambaran di atas, upaya reformasi kesehatan di Indonesia nyatanya belum bisa dikatakan telah memberikan progres yang signifikan. Pemerintah Indonesia masih belum mampu keluar dari jebakan-jebakan persoalan klasik, soal minimnya pendanaan, kurangnya sumberdaya, efektivitas, dan fleksibilitas dalam mengoptimalkan berbagai potensi untuk mendorong percepatan jalannya reformasi kesehatan yang menjamin pemenuhan hak atas kesehatan bagi masyarakat dan dalam waktu yang bersamaan meletakkan fondasi pembangunan kesehatan yang fundamental. Dengan keadaan ini, capaian-capaian target MDGs sebagaimana diklaim pemerintah bisa jadi tidak berarti banyak bagi pembangunan kesehatan itu sendiri.

Jika mengacu pada pendekatan hak asasi manusia, sistem kesehatan Indonesia masih belum mampu untuk menjamin perlindungan, penghormatan, dan

17 Lihat WHO. "Protecting Health From Climate Change: Global Research Priorities". World Health Organization, 2009.

pemenuhan hak setiap individu, baik laki-laki maupun perempuan, untuk menikmati standard kesehatan fisik dan mental tertinggi yang bisa diraih (*the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*). Pemerintah Indonesia masih harus bekerja keras guna melaksanakan kewajiban mengerahkan segala sumberdaya yang tersedia untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang inklusif, menghormati kemerdekaan, tanpa diskriminasi, entitlement, dengan ditopang oleh ketersediaan sarana dan fasilitas yang bisa dijangkau secara fisik maupun ekonomi, dapat diterima, serta memiliki kualitas yang baik.

Tingginya biaya kesehatan di Indonesia disebabkan oleh tidak berjalannya sistem pelayanan kesehatan dasar, khususnya yang berbasis masyarakat. Indonesia sebenarnya adalah salah-satu Negara peletak-dasar sistem kesehatan dasar berbasis masyarakat. Konsep-konsep seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) adalah temuan-temuan konseptual yang berasal dari pengalaman pembangunan kesehatan di Indonesia. Konsep-konsep itulah yang salah-satunya menjadi kontribusi penting dalam penyusunan konsep Pelayanan Kesehatan Dasar sebagaimana tertuang dalam Deklarasi Alma Ata 1978.

Sekilas Sejarah Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah-satu temuan penting dalam sejarah kesehatan, tidak hanya untuk konteks Indonesia, melainkan juga dunia internasional. Konsep ini berawal dari gagasan dr. J. Leimena—menteri kesehatan RI dekade 1950-an—dan dr Patah yang tentang sistem pelayanan kesehatan dasar di tingkat primer. Konsep dikenal dengan istilah Bandung Plann (1951).

Pada tahun 1956, sebuah proyek percontohan pelayanan kesehatan masyarakat pedesaan dimulai di kawasan Lemahabang, Bekasi. Proyek tersebut kemudian dikembangkan di delapan wilayah, yakni Inderapura (Sumatera Utara), Lampung, Bojongloa (Jawa Barat), Sleman, Godean, Mojosari, Kesiman (Bali), dan Barabai (Kalimantan Selatan). Kedelapan proyek itulah yang menjadi cikal-bakal puskesmas pada saat ini.

Pada masa awal kekuasaan Soeharto, digelar sebuah seminar yang membahas dan merumuskan program kesehatan terpadu sesuai dengan kondisi dan kapasitas masyarakat Indonesia. Sebuah konsep tentang puskesmas disajikan dr.

Achmad Dipodilogo yang mengacu pada Konsep Bandung dan Proyek Bekasi. Kesimpulan dari seminar itulah yang melahirkan system puskesmas seperti yang kita kenal saat ini.

Jika dilihat dari sejarahnya, gagasan Bandung Plann 1951 dan lahirnya Puskesmas justru lebih dulu ketimbang Deklarasi tentang Pelayanan Kesehatan Dasar atau yang biasa dikenal dengan sebutan Deklarasi Alma Ata 1978. Konon, gagasan dr. Laimena itulah yang menjadi inspirasi WHO untuk menyusun konsepsi pelayanan kesehatan dasar.

Dari berbagai sumber

Konferensi Alma Ata (1978) tentang Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*) mengukuhkan kesehatan, yang mana merupakan kondisi fisik, mental, dan kehidupan yang komplet serta tidak hanya disebabkan ketiadaan penyakit atau kelemahan, adalah hak manusia yang fundamental dan pencapaian tingkat tertinggi yang mampu dijangkau adalah tujuan sosial yang paling penting yang mana realisasinya membutuhkan tindakan dari berbagai sektor ekonomi maupun sosial sebagai penyokong sektor kesehatan.

Seluruh pemerintah harus mewujudkan kebijakan, strategi, serta rencana aksi nasional untuk meluncurkan dan menopang kesinambungan pelayanan kesehatan dasar sebagai bagian dari system kesehatan nasional yang komprehensif. Untuk mencapai hal ini, dibutuhkan kemauan politik yang tinggi untuk memobilisasi sumber-daya yang dimiliki suatu negeri serta menggunakan sumber-sumber daya eksternal yang tersedia secara rasional.¹⁸

Deklarasi Alma Ata

- ❖ Pendidikan tentang Masalah-Masalah dan Solusi Kesehatan.
- ❖ Ketersediaan pasokan pangan dan nutrisi yang mencukupi.
- ❖ Air bersih dan sanitasi dasar.
- ❖ Kesehatan ibu dan Anak
- ❖ Imunisasi atas penyakit-penyakit besar.
- ❖ Pencegahan dan pengawasan wabah penyakit.
- ❖ Penanggulangan wabah umum dan penderita.

18 Deklarasi Alma Ata (1978) tentang Pelayanan Kesehatan Dasar.

❖ Penyediaan obat-obat penting.

Keberhasilan pencapaian target MDGs sebenarnya tidak bisa ditentukan sebatas dengan grafik yang diisi oleh angka-angka statistik. Pengentasan kemiskinan sebagai target utama MDGs seharusnya dicapai dengan pendekatan yang melibatkan seluruh potensi sumberdaya yang ada dengan strategi pemberdayaan masyarakat yang terarah. Pencapaian target MDGs tidak mungkin bisa diraih dengan pendekatan sektoral, melainkan harus terintegrasi dalam satu system yang padu. Berkurangnya jumlah penduduk yang berpendapatan kurang dari satu dollar AS per hari tidak akan berarti apa-apa jika tidak disertai dengan meningkatnya kualitas kesehatan ibu dan anak. Demikian pula dengan indikator lain, misalnya meningkatnya angka partisipasi murni sekolah dasar, tidak akan berarti banyak jika tetap dibayangi oleh masih adanya ketimpangan gender.

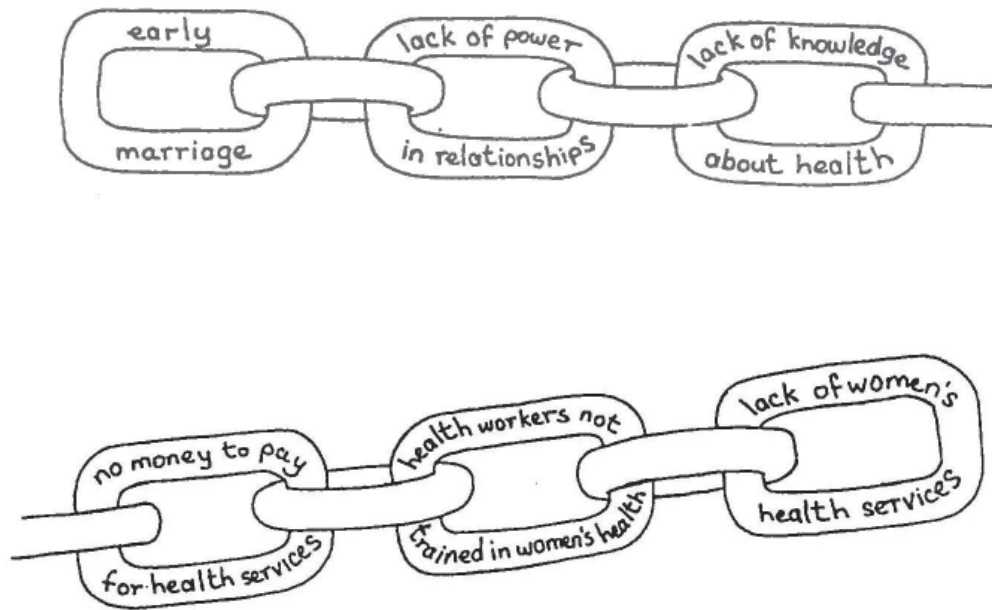
Demikian pula dengan pencapaian target MDGs di sektor kesehatan. Misalnya, pengendalian penyebaran HIV dan AIDS tidak mungkin bisa dilaksanakan jika proporsi penduduk yang hidup dalam kemiskinan ekstrem masih tetap tinggi. Demikian pula dengan pengaruh akibat ketimpangan gender terhadap tingginya kematian ibu dan anak. Artinya, satu target dengan target lainnya, bahkan satu indikator dengan indikator lainnya sesungguhnya saling terkoneksi dan hampir mustahil untuk dipisahkan antara satu dengan lainnya. Sementara itu, masalah interkoneksi antar sektor inilah yang menjadi masalah utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Indonesia sebenarnya belum bisa dikatakan mampu mencapai target-target MDGs apalagi jika dalam saat yang bersamaan juga diharuskan meletakkan dasar-dasar pembangunan yang efektif, harmonis, demokratis, berorientasi pada pemenuhan hak, serta berkelanjutan. Padahal, substansi pencapaian target MDGs adalah eksperimentasi pada tingkat nasional dan global untuk meletakkan fondasi pembangunan sebagaimana dinyatakan di atas. Pengalaman 10 tahun pencapaian target MDGs di Indonesia, khususnya di sektor kesehatan memberikan gambaran yang sangat jelas tentang disorientasi pembangunan kesehatan di Indonesia.

Rekomendasi

Sistem Kesehatan Nasional 2008 disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi: 1) Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, 2) Pemberian pelayanan

kesehatan yang berpihak kepada rakyat, 3) Kebijakan pembangunan kesehatan, dan 4) Kepemimpinan.



Goal 7:

Target 7A : Memadukan Prinsip – Prinsip Pembangunan Berkelanjutan Ke Dalam Kebijakan Dan Program Nasional Serta Mengembalikan Sumber Daya Lingkungan Yang Hilang

Indikator:

- Proporsi luas lahan yang tertutup hutan
- Rasio luas kawasan lindung terhadap luas daratan
- Energi yang dipakai (setara barel minyak) per PDB (juta rupiah)
- Emisi CO² per kapita
- Jumlah konsumsi zat perusak ozon (metrik ton)
- Proporsi penduduk berdasarkan bahan bakar untuk memasak
- Proporsi penduduk yang menggunakan kayu bakar dan arang untuk memasak

Kebijakan Lingkungan Hidup secara umum

Dalam dasawarsa sejak Indonesia menyatakannya komitmennya terhadap pencapaian tujuan pembangunan milenium, kebijakan lingkungan hidup Indonesia tidak mengalami perbaikan yang signifikan. Politik dan kebijakan pengelolaan lingkungan dan sumber daya alam di Indonesia selama ini memiliki sifat dan ciri sebagai berikut:

- (i) hak negara yang mendominasi pengelolaan sumber daya alam;
- (ii) orientasi pada pencapaian pertumbuhan ekonomi nasional yang tinggi dan sektoral;
- (iii) pelaksanaan kewenangan yang tumpang tindih dalam pengelolaan

- sumber daya alam;
- (iv) penggunaan kekuatan ekstra yudisial untuk menangani konflik;
 - (v) *tidak ada komitmen dan dukungan kebijakan bagi pengembangan kapasitas partisipasi masyarakat lokal.*¹
 - (vi) mementingkan pertumbuhan hutang luar negeri, dan pendapatan negara yang dapat diperoleh secara cepat, kebijakan industri yang melupakan nilai keunggulan lokal,
 - (vii) kebijakan perdagangan internasional yang tidak didasari evaluasi menyeluruh dan sistematis pada dampak dan biaya yang harus ditanggung masyarakat kecil,
 - (viii) tidak memperhitungkan kerusakan lingkungan dan keanekaragaman hayati yang memiliki keterkaitan langsung dengan pola produksi dan konsumsi.²

Di tahun 2001, MPR-RI mengeluarkan Ketetapan MPR No. IX 2001 tentang Pembaruan Agraria dan Pengelolaan Sumber Daya Alam. Konsiderans dari Tap MPR ini menyatakan bahwa pengelolaan sumberdaya agraria dan sumberdaya alam yang berlangsung selama ini telah menimbulkan penurunan kualitas lingkungan, ketimpangan struktur penguasaan, pemilikan, penggunaan dan pemanfaatannya serta menimbulkan berbagai konflik. Tap MPR ini mengamanatkan adanya UU Pengelolaan Sumber Daya Alam dan UU Pembaharuan Agraria, yang sampai saat ini belum menjadi prioritas dalam legislasi. Padahal UU ini penting sebagai payung yang menjadi dasar dan pedoman berbagai kebijakan terkait pengelolaan sumber daya alam dan penyelesaian berbagai konflik agraria.

Berbagai peraturan baru tentang lingkungan hidup telah disahkan dalam kurun waktu 10 tahun, namun tak banyak yang sesuai dengan prinsip lingkungan berkelanjutan. Sejumlah kebijakan lingkungan yang baru disahkan ternyata diketahui mengalami kelemahan sehingga telah diagendakan untuk direvisi, seperti UU No. 20 Tahun 2001 tentang Minyak dan Gas Bumi, UU No. 27 Tahun 2007 tentang Pengusahaan Wilayah Pesisir dan Pulau-pulau Kecil dan UU No. 4 Tahun 2009 tentang Pertambangan Mineral dan Batubara yang telah masuk dalam prioritas Program Legislasi Nasional. Berdirinya Mahkamah Konstitusi pada tahun 2003 juga telah menjadi sarana bagi masyarakat untuk mengkritisi kebijakan terkait lingkungan hidup, termasuk tiga UU di atas serta

1 Konferensi Nasional Pengelolaan Sumberdaya Alam, 2001.

2 Studi kerjasama BAPPENAS, CII dan UNEP.

UU No.18 Tahun 2004 tentang Perkebunan.

Diundangkannya UU No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (selanjutnya UU PPLH) setelah proses advokasi bertahun-tahun berbagai perkembangan baru. Misalnya tentang kajian lingkungan hidup strategis (KLHS) dan izin lingkungan yang lebih komprehensif dari pada izin sejenis sebelumnya. UU ini juga diharapkan dapat menjadi pedoman dari berbagai peraturan perundang-undangan di bidang lingkungan hidup yang akan muncul setelahnya. Tidak hanya itu, UU ini dengan aturan peralihannya mengamanatkan agar izin dan usaha-usaha yang telah berjalan sebelumnya untuk menyesuaikan dengan ketentuan UU ini.

Pengejawantahan MDGs dalam pembangunan lingkungan dicerminkan melalui pengaturan tentang KLHS yang didefinisikan sebagai rangkaian analisis yang sistematis, menyeluruh, dan partisipatif untuk memastikan bahwa prinsip pembangunan berkelanjutan telah menjadi dasar dan terintegrasi dalam pembangunan suatu wilayah dan/atau kebijakan, rencana, dan/atau program. Akan tetapi sejauh mana KLHS dapat mengikat dan efektif masih harus menunggu disusunnya peraturan pemerintah yang mengatur lebih lanjut prinsip-prinsip umum yang telah dimuat dalam UU PPLH.

Debat seputar pelaksanaan UU PPLH masih terus berlanjut karena ada setidaknya 25 pasal yang mengamanatkan pengaturan lebih lanjut dalam bentuk Peraturan Pemerintah dan Peraturan Menteri. Sampai saat ini, belum ada satupun kebijakan turunan yang telah dikeluarkan dan semuanya masih dalam taraf kajian rancangan peraturan pemerintah. Padahal, UU PPLH memberikan tenggat waktu satu tahun sejak Oktober 2009 untuk disahkannya segala aturan turunan tersebut. Sementara itu, berbagai pihak termasuk dunia usaha, Kementerian ESDM dan pemerintah daerah telah menganggap bahwa UU ini adalah ancaman bagi dunia usaha dan pendapatan nasional dan daerah, sehingga masih harus dilihat bagaimana berbagai aturan tersebut berkompromi dengan berbagai kepentingan.

Tambang

UU No. 4 Tahun 2009 tentang Pertambangan Mineral dan Batu Bara tidak menghentikan konflik yang terjadi antara masyarakat sekitar tambang dan perusahaan tambang, dan memberikan sebuah kebijakan yang membuat kuasa rakyat atas harta benda dan ruang hidup berada pada posisi lemah, karena bisa ditetapkan menjadi wilayah pertambangan, tanpa persetujuan rakyat.

Bertentangan dengan target 7b dalam MDGs yaitu mengurangi hilangnya keanekaragaman hayati dan mencapai angka pengurangan yang signifikan pada tahun 2010, pemerintah melanjutkan penambangan di kawasan hutan lindung sebagaimana ditetapkan dalam UU No. 19 Tahun 2004 tentang Penetapan Perpu Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perubahan atas UU No. 41 Tahun 1999 tentang Kehutanan menjadi UU. Bahkan, PP No. 2 Tahun 2008 tentang Jenis Dan Tarif Atas Jenis Penerimaan Negara Bukan Pajak Yang Berasal Dari Penggunaan Kawasan Hutan Untuk Kepentingan Pembangunan Di Luar Kegiatan Kehutanan Yang Berlaku Pada Departemen Kehutanan justru mengatur tentang bagaimana kawasan hutan dapat digunakan untuk kepentingan lain dengan kompensasi yang sangat tidak sebanding dengan nilai keanekaragaman hayati serta tegakan hutan yang hilang (Rp. 120-300). Termasuk baru-baru ini di tambang Weda Bay Nickel di Halmahera, di mana Teluk Weda memiliki keaneka ragaman hayati yang bersifat endemik dan bahkan belum semuanya tercatat/teridentifikasi. PP No.24 Tahun 2010 juga melanggengkan pertambangan di hutan lindung meski dengan keharusan pola tertutup. Padahal pola tertutup juga memiliki kelemahan karena tetap memiliki daya rusak dan menyulitkan dalam pengawasan.

Dengan adanya otonomi daerah, eksploitasi atas nama pertumbuhan ekonomi daerah semakin menjadi-jadi. Di berbagai daerah yang kaya akan bahan tambang, ratusan izin pertambangan dikeluarkan bahkan saling tumpang tindih satu dengan yang lain. Akan tetapi ternyata kekayaan alam yang dikandung suatu daerah tidak berbanding lurus dengan kemakmuran rakyat. Papua yang kaya akan emas dan tembaga, serta Nusa Tenggara Timur yang juga kaya akan mineral adalah dua provinsi termiskin yang selalu mengalami krisis pangan setiap tahun. Di NTT lahan yang baik untuk kegiatan agraris minim, lahan kelas sedang seluas 1.697.000 Ha atau 36% terletak menyebar di Kepulauan Flores dan Sumba saat ini sudah banyak dieksploitasi untuk tambang. Eksploitasi ini juga mengesampingkan potensi daerah lainnya seperti pertanian dan pariwisata.

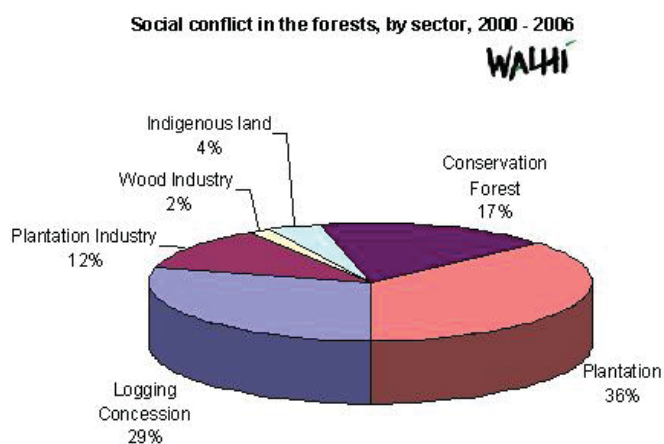
Pesisir & Laut

Meskipun Indonesia dikenal sebagai negara kepulauan, kebijakan yang dikeluarkan seringkali “bias darat”. Misalnya UU No. 4 Tahun 2009 tentang Minerba, tidak mengatur pertambangan bawah laut yang berakibat fatal pada keanekaragaman hayati dan kehidupan nelayan. UU No. 27 Tahun 2007 tentang Pengusahaan Wilayah Pesisir dan Pulau-pulau Kecil juga mengandung

ancaman bagi nelayan dan penduduk pesisir, karena memungkinkan wilayah pesisir dan pulau kecil untuk dikaplingkan diberikan status HP3 (Hak Pengusahaan Perairan Pesisir) kepada pihak swasta. Sementara itu kebijakan reklamasi seperti di pantai utara Jakarta, Padang dan Manado mengancam penghidupan nelayan, serta berpotensi menenggelamkan pulau-pulau kecil di sekitarnya.

Pencemaran di laut juga kurang mendapat perhatian. Tumpahan minyak dari kilang Montara milik Australia dan Thailand yang tumpah di Laut Timor dan jauh lebih parah dari kasus Teluk Meksiko, membutuhkan waktu setahun sejak kejadian (2009) untuk mendapatkan perhatian penuh dari pemerintah.

Konflik Agraria



Badan Pertanahan Nasional (BPN) mencatat sejumlah 3500 konflik agraria yang belum terselesaikan. Masyarakat adat masih menjadi kelompok yang paling rentan terlanggar hak-haknya berkaitan dengan akuisisi lahan untuk eksploitasi sumberdaya alam termasuk untuk perkebunan. Tanah masyarakat adat

dianggap sebagai tanah negara, dan masyarakat boleh menggunakannya dengan hak pakai atas tanah negara, yang suatu saat mungkin harus diserahkan kepada negara untuk alasan pembangunan. Peraturan perundang-undangan di Indonesia juga mengatur bahwa hak atas tanah berfungsi sosial, sebagaimana Konstitusi menyatakan bahwa bumi, air dan kekayaan alam di dalamnya adalah milik negara. Bahkan jika sebidang tanah telah berstatus hak milik pun, pemilik tidak memiliki otonomi jika di atas tanah tersebut telah ditetapkan untuk pembangunan bagi kepentingan umum (PP No. 65 Tahun 2006) ataupun sebagai wilayah pertambangan (UU Minerba). Jika lahan dirampas oleh negara, maka masyarakat yang tinggal di atas “tanah negara” tidak mendapatkan ganti rugi.

Perempuan masih mengalami diskriminasi dalam hal akses terhadap lahan dan

sumber daya alam. Hak kelola perempuan seringkali tidak diakui. Meskipun dalam sebagian masyarakat adat perempuan memiliki kekuasaan sebagai pengelola hutan atau lahan, hal ini kemudian dihilangkan dengan kolonialisasi dan Revolusi Hijau. Dalam masyarakat biasanya laki-laki yang memiliki hak atas tanah, dan ketika suatu HGU (hak guna usaha) dari perusahaan perkebunan berakhir dan tanah “dikembalikan” kepada masyarakat lokal, hak atas tanah akan diberikan kepada kepala keluarga (pada umumnya laki-laki).

Dalam keluarga miskin yang tidak memiliki tanah, biasanya terjadi tingkat *stress* yang tinggi dan mengakibatkan terjadinya kekerasan dalam rumah tangga dan berbagai bentuk kekerasan terhadap perempuan. Kemiskinan juga akhirnya banyak menggiring perempuan untuk terlibat dalam prostitusi.

Pangan

Pertanian berbasis keluarga selama ini menjadi basis pertanian Indonesia dan memberi makan seluruh penduduk Indonesia. Dalam kurun sepuluh tahun terakhir lahan pertanian berbasis keluarga makin tergusur dan berkurang. Setiap tahun terdapat 140 ribu hektar lahan pertanian produktif yang dikonversi untuk kebutuhan di luar pertanian, belum lagi ditambah banyaknya peralihan lahan petani miskin kepada petani besar. Hal ini menyebabkan jumlah petani miskin dan petani tanpa tanah terus bertambah.

Di Jawa, lahan pertanian rakyat di sentra-sentra produksi pangan, dikonversi menjadi pabrik, perumahan dan kawasan industri. Sementara di luar Jawa, lahan pertanian rakyat dikonversi menjadi perkebunan skala luas dan pertambangan. Konversi ini selain menimbulkan konflik lahan, juga merusak lingkungan. Di tengah tingginya tingkat konversi lahan pertanian skala keluarga, Pemerintah justru mendorong lahirnya pertanian skala luas (*food estate*) untuk memenuhi kebutuhan pangan. UU Pertanian berkelanjutan hanya menjamin lahan-lahan pertanian skala luas. Pada Januari 2010, pemerintah mengeluarkan Peraturan pemerintah (PP) No. 18 tahun 2010 tentang budidaya tanaman. Dalam PP ini, budidaya tanaman diarahkan pada pertanian skala luas yang dikuasai oleh perusahaan swasta dan asing.

Agenda privatisasi pertanian juga merambah pada pertanian hortikultura. Saat ini sedang dilakukan pembahasan RUU Hortikultura di DPR RI (2010). Dalam RUU Hortikultura tersebut, sekali lagi peluang besar dibuka untuk penguasaan lahan skala luas oleh perusahaan swasta dan asing dengan sebutan kawasan hortikultura. Selain itu, RUU ini berusaha melegalisasi produk

Transgenik (GMO) yang merusak keanekaragaman hayati dan penjaminan usaha holtikultura bagi perusahaan besar.

Selain berkurangnya lahan pertanian, kesuburan lahan juga menjadi masalah. Pencemaran air, tanah dan udara oleh sebab aktifitas pertanian skala besar yang menggunakan pupuk kimia maupun pembuangan limbah pabrik. Kasus-kasus pencemaran air dan lahan hampir tidak tersentuh oleh penegakan hukum. Pencemar hanya direkomendasi untuk melakukan pembuatan atau perbaikan sarana IPAL dan pencemaran dapat terus berlangsung. Penelitian *Friends of the Earth International* (2009) menunjukkan bahwa pertanian transgenik akan lebih membutuhkan bahan kimia yang semakin berdampak buruk bagi tanah dalam jangka panjang. Pengurangan subsidi pupuk oleh WTO juga mempengaruhi kemampuan petani untuk membayar, padahal saat ini kebanyakan petani sangat tergantung pada pupuk. Karena itu, pertanian tradisional justru lebih menjamin sustainability pangan.

Faktor-faktor di atas, menyebabkan kedaulatan pangan di Indonesia makin hilang, ketahanan pangan hanya mementingkan ketersediaan sementara akses masyarakat terhadap pangan makin jauh. Harga-harga pangan melambung tinggi, daya beli kurang sementara lahan untuk menanam nyaris dikuasai segelintir pengusaha. Pada tahun 2008, jumlah produksi pangan sebanding dengan jumlah penduduk, akan tetapi krisis pangan tetap terjadi karena permasalahan distribusi.

Karena itu, pencapaian target MDGs harus memperhatikan hal-hal pokok, seperti: 1). dilakukannya reforma agraria sejati dalam rangka mewujudkan kedaulatan pangan; 2). penghentian perusakan dan penegakan hukum bagi perusak lingkungan sebagai awal pemulihan lingkungan Indonesia.

Bencana

Kebijakan eksploitatif yang mempersempit ruang publik, telah mengancam aset dan keselamatan warga. Sementara Indonesia yang sudah berada pada wilayah *ring of fire* dikenal dengan julukan “toserba bencana” juga tidak menjadi perhatian serius pemerintah yang tidak sesuai dengan tujuan MDGs. Lahirnya UU No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana yang diharapkan mampu mengurangi ancaman dan kerentanan warga, justru tidak mampu menyentuh ranah bencana ekologis yang disebabkan lebih banyak oleh manusia. Seperti apa yang terjadi dalam kasus Lumpur Lapindo, Sidoarjo, Jawa Timur, Kasus Laut Timor dan berbagai bencana banjir di sebagian besar

wilayah Indonesia akibat alih fungsi hutan menjadi perkebunan skala besar dan tambang.

Dari UU ini pula lahir sebuah lembaga khusus yang menangani pengelolaan bencana di Indonesia yakni Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). Dalam pembentukan BNPB landasan utama adalah Pengurangan Risiko Bencana (PRB) dalam setiap kebijakan implementatif di bawahnya karena ornop berpandangan bahwa di tengah wilayah Indonesia rawan bencana perlu untuk memperkuat kebijakan pengurangan risiko bencana. PRB juga harus menjadi *mainstream* dalam setiap kebijakan pembangunan di Indonesia, agar ancaman terhadap keselamatan dan kehilangan aset lebih besar bagi warga dapat dikurangi atau bahkan dihilangkan.

Sayangnya paradigma ini tidak menjadi pijakan dalam kebijakan sektor dalam pemerintah seperti Perindustrian, Pertanian, Kehutanan, Kelautan, ESDM, Kesehatan, PU dan lain sebagainya lewat berbagai regulasi yang justru rawan konflik dengan warga setempat. Sebenarnya pemerintahan SBY Jilid II ini, memiliki staf khusus bidang kebencanaan untuk membantu Presiden memberikan masukan terhadap sinergisitas pembangunan dan kerentanan bencana. Staf bidang kebencanaan tidak memiliki program dan agenda yang jelas dalam usaha pengelolaan bencana khususnya pengurangan risiko bencana. Faktanya tidak sinkronnya kebijakan Kementerian dan Lembaga dan lemahnya posisi dan fungsi koordinatif BNPB telah mengakibatkan upaya pengelolaan bencana di Indonesia masih berjalan lambat. Sementara kondisi terpaparnya masyarakat akibat berbagai bencana khususnya ekologis terus berlangsung dan mengancam keberlanjutan layanan alam.

Inisiatif.

Berbagai bencana yang terjadi memaksa masyarakat untuk melakukan berbagai inisiatif mulai dari sebelum kejadian bencana hingga pasca bencana, antara lain:

- a. Memberikan pengetahuan tentang bencana, cara evakuasi serta pentingnya pengembangan sistem peringatan dini.
- b. Melakukan kerjasama dengan komunitas lainnya terkait dengan peringatan dini. Misalnya masyarakat di Jakarta melakukan kerjasama dengan masyarakat di Bogor dalam menginformasikan situasi sungai Ciliwung.
- c. Menyelenggarakan pelatihan-pelatihan penanggulangan bencana

- d. Menjadi relawan yang membantu masyarakat lainnya yang terkena bencana, alam bentuk memberikan sumbangan (uang, bahan pakaian, bahan makanan, dsb), membantu korban bencana di lokasi bencana, serta melakukan rehabilitasi mental/kejiwaan pasca terjadinya bencana.
- e. Membantu memperbaiki/mengembalikan penghidupan para korban bencana dengan menyelenggarakan program-program peningkatan pendapatan masyarakat.

Energi, Perusakan Hutan & Perubahan Iklim

Rasio penggunaan energi per PDB Indonesia cenderung meningkat. Hal ini menunjukkan semakin tidak efisiennya penggunaan energi. Di lain pihak, ketersediaan energi tak terbarukan semakin terbatas. Hal ini menyebabkan adanya ancaman krisis energi di masa datang.

Kedaulatan energi pun dipertaruhkan. Maskapai-maskapai transnational telah menyedot 75% cadangan minyak Indonesia hingga hari ini. Sejumlah 58% total produksi gas bumi dan 70% batubara per tahun terus diekspor. Sementara itu, 90% kebutuhan energi rakyat Indonesia dibuat bergantung kepada minyak dan gas dan 45% rumah tangga belum dapat mengakses listrik. Pertumbuhan konsumsi energi rata-rata 7% pertahun, belum diimbangi dengan suplai energi yang cukup.³

Kerusakan Hutan

Berdasarkan data pemerintah, persentase penetapan kawasan hutan terhadap luas daratan pada 2004 di Indonesia sebesar 64,05% dan meningkat sebesar 67,58 % pada tahun 2005, dan sebesar 67,81 % pada tahun 2006 serta 67, 93 % pada tahun 2007. Hal ini menarik untuk dicermati mengingat data tersebut jauh dari kondisi objektif yang terjadi dimana hutan Indonesia semakin menyusut, oleh penjarahan hutan, kebakaran, dan konversi untuk kegiatan pembangunan lain (pertambangan, pembangunan jalan, dan pemukiman).

Menurut Food and Agriculture Organisation (FAO), angka deforestasi Indonesia tahun 2000-2005 mencapai 1.8 juta hektar/tahun. Angka ini lebih rendah bila dibandingkan dengan angka resmi yang dikeluarkan oleh

3 Direktur Energi Terbarukan & Konservasi Energi, Ditjen Listrik dan Pemanfaatan Energi, Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral, "Kebijakan Energi Nasional dan Penurunan Emisi GRK di Bidang Energi" disampaikan pada diskusi terfokus 'Mencari ___% Target Penurunan Emisi Sektor Energi, Transportasi dan Sampah', Walhi Institute, 17 Maret 2010.

Kementerian Kehutanan yaitu 2.8 juta hektar/tahun. Indonesia masih di bawah Brasil yang menempati tempat pertama dengan kerusakan 3.1 juta hektar per tahun, dengan gelar kawasan deforestasi terbesar di dunia. Namun karena luas kawasan hutan total Indonesia jauh lebih kecil daripada Brasil, maka laju deforestasi Indonesia menjadi jauh lebih besar. Laju deforestasi Indonesia adalah 2% per tahun, dibandingkan dengan Brasil yang hanya 0.6%. Bila dalam perodesasi awal Indonesia dikenal sebagai Zamrud Khatulistiwa, maka pada tahun 2008 gelar tersebut sudah berganti sebagai Negara penghancur hutan tercepat versi *Guinness Book of Records 2008*.⁴

Rasio kawasan lindung di tahun 2001-2004 meskipun cenderung meningkat. Namun menghadapi ancaman yang juga banyak, terutama penebangan liar di taman-taman nasional, penjarahan hutan, dan tidak diakuinya batas wilayah konservasi. Ada 3 (tiga) faktor yang mendorong tindakan kebijakan di sektor kehutanan yang tidak respek terhadap masalah lingkungan hidup dan komunitas yang hidup di dalam dan di sekitar hutan:

- (a) Cara pandang *pembangunanisme*, yang kemudian memandu paradigma dan praktik kebijakan yang jelas menegaskan sumber daya hutan sebagai modal untuk pencapaian pertumbuhan ekonomi nasional.
- (b) Eksploitasi sumber daya hutan memiliki keleluasaan jalan dari praktik birokrasi penetapan kawasan hutan, perijinan konsesi perusahaan hutan, dan masalah akuntabilitas Pemerintahan yang buruk dan cenderung korup.
- (c) Kelembagaan pengelolaan sumber daya hutan yang kuat dan cenderung otonom dan memarjinalkan perspektif, suara dan potensi masyarakat di dalam dan di sekitar hutan.

Kebijakan kehutanan selama ini memandang hutan sebagai komoditi yang dapat mendatangkan manfaat finansial yang sebesar-besarnya. Jasa lingkungan saat ini diprivatisasi, misalnya dibukanya peluang bagi swasta untuk terlibat dalam usaha konservasi, perdagangan karbon dsb. Dan kenyataannya, pengelolaan swasta tidak pernah menunjukkan aspek keberlanjutan lingkungan.

Di Indonesia sendiri, penggunaan lahan dan alih fungsi tanah mengakibatkan pelepasan 2-3 Miliar ton CO₂ setiap tahun.⁴ Kerusakan hutan semakin memperparah pemanasan global karena tumbuhan yang mampu menyerap karbondioksida (CO₂), yang merupakan salah satu dari gas rumah kaca, menjadi

⁴ (Anderson & Kuswardono 2008: 3).

berkurang akibat rusaknya hutan. Menurut data dari Yayasan Pelangi, pada tahun 1990, emisi gas CO₂ yang dilepaskan oleh sektor kehutanan, termasuk perubahan tata guna lahan, mencapai 64 % dari total emisi CO₂ Indonesia yang mencapai 748,61 kiloTon. Pada tahun 1994 terjadi peningkatan emisi karbon menjadi 74%.

Studi CIFOR menyatakan, dari konversi lahan gambut saja (jumlah lahan gambut di Indonesia mencapai 22,5 juta hektar dan hampir separuhnya sudah rusak), Indonesia melepas 1.100 juta ton karbon dioksida (CO₂) ke udara per tahun. Ini sama dengan seluruh emisi yang dikeluarkan Jerman.⁵ Hal ini mengakibatkan Indonesia muncul sebagai negara dengan emisi gas rumah kaca terbesar ketiga di dunia sesudah Amerika Serikat dan Cina. Deforestasi (penebangan hutan), kebakaran hutan dan pengeringan lahan gambut disebut-sebut sebagai penyebab utama emisi Indonesia.⁶

Sampai dengan tahun 2004 lahan kritis di hutan mencapai 59,17 juta hektar dan lahan kritis diluar kawasan hutan mencapai 41,47 juta hektar. Sebagian besar dari lahan yang rusak tersebut tersebar di 282 Daerah Aliran Sungai (DAS)⁷.

Konversi hutan selama ini umumnya diperuntukkan bagi pengembangan budidaya kelapa sawit. Pada tahun 2006, WALHI memperkirakan 16,8 juta hektar hutan telah dilepaskan untuk perkebunan kelapa sawit dan hanya 6,7 juta hektar yang ditanami, meninggalkan sisa kawasan hutan lainnya dalam kondisi rusak setelah diambil kayunya. Modus memperoleh kayu dari konsesi perkebunan sawit muncul salah satunya diakibatkan oleh korupsi dan besarnya kesenjangan antara pasokan dan permintaan di sektor kehutanan di Indonesia. Pada 2006 diperkirakan *demand* industri kayu Indonesia mencapai 96,19 juta meter kubik setiap tahun, sementara kemampuan hutan alam dan Hutan Tanaman Industri HTI dalam memasok hanya 46,77 juta meter kubik. Kurang dari separuhnya, 17,04 juta meter kubik, diperoleh dari hasil tebangan dari konsesi perkebunan sawit.⁸

Dari 6,7 juta hektar perkebunan kelapa sawit di Indonesia, lebih dari 90% di antaranya berada di Sumatera dan Kalimantan, berbagi ruang dengan hutan tanaman industri dan konsesi pembalakan kayu. Belum termasuk kawasan

5 Daniel MUdiyarto dalam In memoriam : Zamrud Khatulistiwa, Liputan Khusus Perubahan Iklim, Tempo edisi 3-9 Desember 2007, hlm.56.

6 Dilworth A, Baird N & Kirby (Eds.) (2008) *Losing Ground*, Friends of the Earth, Life Mosaic and Sawit Watch, [online]: www.foe.co.uk/resource/reports/losingground.pdf

7 Ibid 1

8 R. Syumanda, Tiga *Masalah Mendasar Kehutanan Indonesia*, WALHI 2007

yang telah dialokasikan untuk perkebunan kelapa sawit. Informasi terpercaya menyebutkan bahwa Papua misalnya telah mengalokasikan 9 juta hektar hutannya untuk dibuka menjadi perkebunan. Sebagian di antaranya untuk *Merauke Industrial Food and Energy Estate* (MIFEE).

Inisiatif

Untuk mengadvokasi kedaulatan masyarakat lokal terhadap pengelolaan hutan, WALHI sejak periode 1990-an telah mengembangkan sistem hutan kerakyatan (SHK) yang mengembangkan kapasitas masyarakat untuk mengelola kawasan hutan dan membangun sistem tata kelola hutan berbasis kearifan lokal.

Pada tahun 2010 dikeluarkan PP Nomor: P. 14/Menhut-II/2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kehutanan Nomor P.49/Menhut-II/2008 Tentang Hutan Desa. Kebijakan ini memberikan keleluasan pengelolaan hutan kepada masyarakat untuk mengelola hutan di desanya. Akan tetapi PP ini mengacu pada sistem administrasi pemerintahan desa, padahal masyarakat menginginkan sistem kelola adat yang dijadikan acuan. WALHI Jambi berinisiatif mengembangkan peraturan desa (Perdes) tentang hutan desa yang mensinergikan PP dengan kearifan lokal dan hukum adat.

Iklim

Indonesia merupakan salah satu negara peserta dalam program penghapusan bahan-bahan yang membahayakan ozon (ODS) berdasarkan Protokol Montreal sejak 1992. Meskipun sejak 1998 impor CFC dan barang-barang yang berkaitan dengan CFC secara resmi telah dilarang, namun kenyataan bahwa permintaan akan CFC masih terpenuhi mengindikasikan terjadinya impor dan perdagangan ODS secara ilegal. Bentuk negara kepulauan yang luas membuat kontrol terhadap usaha impor ilegal dan penggunaan ODS sangat sulit dilakukan.

Sampah.

Diperkirakan 1 ton sampah padat menghasilkan 50 kg gas metana atau CH₄. Menurut Kementerian Negara Lingkungan Hidup pada tahun 1995 rata-rata orang di perkotaan di Indonesia menghasilkan sampah sebanyak 0,8 kg/hari dan pada tahun 2000 terus meningkat menjadi 1 kg/hari. Di lain pihak jumlah penduduk terus meningkat sehingga, diperkirakan, pada tahun 2020 sampah yang dihasilkan mencapai 500 juta kg/hari atau 190 ribu ton/tahun. Dengan jumlah ini maka sampah akan mengemisikan gas metana sebesar 9500 ton/

tahun. Dengan demikian sampah di perkotaan merupakan sektor yang sangat potensial mempercepat proses terjadinya pemanasan global.

Inisiatif di tingkat masyarakat untuk menangani permasalahan sampah cukup beragam mulai dari pembudayaan pembuatan kompos, pemilahan sampah, usaha daur ulang sampah hingga pengupayaan jaminan kesehatan dengan penukaran sampah di Surabaya.

Pertanian dan peternakan

Sektor ini memberikan kontribusi terhadap peningkatan emisi gas rumah kaca melalui sawah-sawah yang tergenang yang menghasilkan gas metana, pemanfaatan pupuk serta praktek pertanian, pembakaran sisa-sisa tanaman dan pembusukan sisa-sisa pertanian serta pembusukan kotoran ternak. Dari sektor ini gas rumah kaca yang dihasilkan yaitu gas metana (CH_4) dan gas dinitro oksida (N_2O). Di Indonesia, sektor pertanian dan peternakan menyumbang emisi gas rumah kaca sebesar 8.05 % dari total gas rumah kaca yang diemisikan ke atmosfer.

Kebijakan

Tahun 2007, Pemerintah telah mengeluarkan Rencana Aksi Nasional Perubahan Iklim, akan tetapi belum ada perubahan yang signifikan. Pada COP 15 di Copenhagen tahun 2009, pemerintah Indonesia menyatakan komitmennya untuk pengurangan emisi sejumlah 26% pada 2020 dengan kekuatan sendiri (APBN), bahkan hingga 41% jika mendapat dukungan internasional. Disini dapat terlihat bahwa perubahan iklim dijadikan komoditas oleh pemerintah untuk mendapatkan bantuan luar negeri. Hal ini dapat terlihat dari berbagai proyek REDD di Indonesia, seperti Ulumasen di Aceh dan REKI di Jambi.

Di tahun 2010 pemerintah Indonesia menandatangani *Letter of Intent* (LoI) dengan Norwegia, yang menyatakan bahwa pemerintah Norwegia akan memberikan dana sejumlah 1 miliar USD jika pemerintah Indonesia melakukan sejumlah hal yang disetujui, termasuk melakukan jeda tebang selama dua tahun dalam skema REDD+. Saat ini pemerintah sedang menyusun Perpres untuk tindak lanjut dari LoI itu, tetapi dalam prosesnya telah banyak menuai kritik. Mulai dari periode dua tahun yang terlalu singkat, karena proses perbaikan dan pengurangan emisi seharusnya dilihat pada hasil berdasarkan proses evaluasi yang terukur dan bukan pada jangka waktu tertentu. Selain itu jeda tebang tidak berdampak pada pengusaha yang memiliki HTI termasuk perkebunan sawit, padahal selama ini sektor tersebut yang paling banyak merusak hutan

dan menyumbang emisi.

Penanganan perubahan iklim saat ini sangat minim untuk pelibatan dan pertimbangan mengenai kelompok rentan termasuk perempuan. Padahal, perempuan berperan penting dan paling merasakan akibat dari perubahan iklim, terutama berkaitan dengan peran gender perempuan sebagai penyedia air dan pangan bagi keluarga. Dewan Nasional Perubahan Iklim yang dibentuk berdasarkan Peraturan Presiden Tahun 2008, beranggotakan sejumlah kementerian dan badan negara, akan tetapi menganggap Kementerian Pemberdayaan Perempuan tidak cukup penting untuk dilibatkan.

Inisiatif

Beberapa upaya yang telah dilakukan oleh masyarakat baik upaya mitigasi maupun adaptasi terhadap perubahan iklim, berdasarkan sektornya antara lain di sektor pertanian yang merupakan sektor paling rentan terkena dampak perubahan iklim. Di samping itu, sektor ini juga menyumbang emisi gas rumah kaca ke atmosfer melalui kegiatan budidaya pertanian yang tidak tepat. Beberapa upaya yang telah dilakukan yaitu :

- a. Pelatihan penerapan teknologi yang sesuai dengan kondisi di bawah tekanan perubahan iklim. Misalnya penerapan teknologi budidaya padi yang hemat air (*SRI-System Rice Intensification*). Kegiatan ini banyak dilakukan oleh petani padi di beberapa daerah di Indonesia bekerjasama dengan pihak lain (ornop, Institusi penelitian/pendidikan, dsb) maupun dilakukan secara mandiri oleh kelompok-kelompok petani.
- b. Penggantian komoditi pertanian. Pola adaptasi yang dilakukan oleh petani di beberapa wilayah adalah mengganti komoditi yang rakus air (padi) dengan komoditi yang tidak membutuhkan banyak air (ubi jalar, singkong, jagung, dll).
- c. Penanaman varietas-varietas yang tahan terhadap kekeringan.

Air Sebagai Sumber Daya Alam

Secara umum, Indonesia masih menjadi salah satu negara yang memiliki air yang berlimpah. Berbagai laporan mengenai kondisi neraca air Indonesia menunjukkan bahwa sebagian besar pulau di Indonesia masih mengalami surplus air. Namun ada persoalan cukup besar, mengingat pulau Jawa yang dihuni hampir 65% penduduk Indonesia sedangkan ketersediaan airnya sangat terbatas. (lihat tabel-3).

Tabel 3
Neraca Air per Pulau di Indonesia

	Pulau	Ketersediaan Air (juta/m ³ /th)	Kebutuhan Air (juta m ³ /th)			Surplus/Defisit Air (m ³ /th)		
			1995	2000	2015	1995	2000	2015
1	Sumatra	11.077,7	19.164,8	25.297,5	49.583,2	91.912,9	85.780,2	61.494,5
2	Jawa	30.569,2	62.927,0	83.378,2	164.672,0	-32.357,8	-52.809,0	-134.102,8
3	Kalimantan	140.005,6	5.111,3	8.203,6	23.093,3	134.894,3	131.802,0	116.912,3
4	Sulawesi	34.787,6	15.257,0	25.555,5	77.305,3	19.530,6	9.232,1	-42.517,7
5	Bali	1.067,3	2.574,4	8.598,5	28.719,0	-1.507,1	-7.531,2	-27.651,7
6	NTB	3.508,6	1.628,6	1.832,2	2.519,3	1.880,0	1.676,4	989,3
7	NTT	4.251,2	1.736,2	2.908,1	8.797,1	2.515,0	1.343,1	-4.545,9
8	Maluku	15.457,7	235,7	305,2	575,4	15.222,0	15.152,5	14.882,3
9	Papua	350.569,7	128,3	283,4	1.310,6	350.461,4	350.306,3	349.279,1
	Indonesia	691.314,6	108.763,3	156.362,2	356.575,2	582.551,3	534.952,4	334.739,4

Sumber: Persentasi DR. Sutopo Purwo Nugroho, 2010 (berdasarkan data dari Kementerian Lingkungan Hidup, 2005)

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa pulau Jawa, Bali, Nusa Tenggara Timur (NTT) telah mengalami defisit air pada tahun 2010. Pulau Sulawesi diprediksikan juga akan mengalami defisit air pada tahun 2015. Ketersediaan air di tiap pulau diperkirakan juga semakin menurun dengan melihat laju deforestasi di Indonesia yang pada tahun 2000-2005 rata-rata mencapai 1.089.560 ha/tahun. Kondisi ini semakin diperkuat dengan meningkatnya jumlah kerusakan Daerah Aliran Sungai (DAS) dari 62 pada akhir tahun 90an menjadi 64 pada tahun 2009.

Jika dikaitkan dengan problem krisis air yang terjadi di seluruh dunia, maka krisis air yang terjadi di Indonesia pada dasarnya merupakan akibat dari ketidakmampuan negara untuk mengelola sumber daya air dan mendistribusikannya kepada seluruh warganya, termasuk defisit air yang terjadi di beberapa pulau di Indonesia.

Ketidakmampuan negara ini bisa dilihat baik dari sisi lingkungan dimana banyak daerah aliran sungai (DAS) yang mengalami kerusakan, kondisi infrastruktur air khususnya air bersih yang tidak baik dan lemahnya kapasitas penyedia layanan air seperti PDAM untuk bisa memberikan layanan kepada masyarakat. Kondisi tersebut sedikit banyak menggambarkan kompleksitas persoalan sumber daya air di Indonesia.

Akses Masyarakat Terhadap Air Bersih

Dalam menentukan keteraksesan masyarakat terhadap air bersih terutama terkait dengan pencapaian MDGs, terdapat beberapa definisi yang digunakan. Definisi ini merujuk pada sumber air yang digunakan oleh masyarakat yaitu (1) air perpipaan, air dengan kualitas dapat diandalkan dan lebih sehat dibandingkan sumber air lainnya, (2) air dengan sumber yang terlindungi, (3) air dengan sumber yang tidak terlindungi. Beberapa lembaga internasional telah menerbitkan laporan mengenai kondisi akses masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi di Indonesia. Laporan tersebut, terangkum dalam tabel-4 berikut.

Tabel 4

Akses Masyarakat terhadap Air Bersih Berdasarkan Berbagai Laporan

Laporan MDGs tahun 2007 (Bappenas)		Progress on Drinking Water and Sanitation 2008 (Unicef, WHO)		Progress on Drinking Water and Sanitation 2010 (Unicef, WHO)		Achieving the MDGs in an Era of Global Uncertainty (UNESCAP, ADB, UNDP, 2010)	
Air Perpipaan (%)	Sumber Air Terlindungi (%)	Air Perpipaan (%)	Sumber Air Terlindungi (%)	Air Perpipaan (%)	Sumber Air Terlindungi (%)	Water Total	Sanitation Total
18,4	57,2	20	60	23	57	slow	slow

Sumber: Laporan MDGs tahun 2007 (Bappenas), Progress on Drinking Water and Sanitation 2008 (Unicef, WHO), Progress on Drinking Water and Sanitation 2010 (Unicef, WHO), Achieving the MDGs in an Era of Global Uncertainty (UNESCAP, ADB, UNDP, 2010)

Berdasarkan tabel di atas terlihat terdapat perbedaan antara laporan yang diterbitkan oleh Unicef dan WHO dengan laporan yang diterbitkan oleh UNESCAP, ADB, dan UNDP. Laporan yang disusun oleh Unicef dan WHO baik pada tahun 2008 maupun 2010 menunjukkan hanya 20% dari penduduk Indonesia yang memperoleh air dari sumber yang tidak terlindungi. Sedangkan laporan ADB meskipun tidak menyebutkan angka, menunjukkan bahwa Indonesia berada pada *off track* untuk tercapainya MDGs air bersih dan sanitasi⁹. Jika dilihat lebih dalam lagi, semua laporan tersebut menunjukkan rendahnya akses masyarakat Indonesia terhadap air perpipaan, padahal air perpipaan dipandang sebagai air yang memiliki kualitas yang dapat diandalkan dan lebih sehat dibandingkan dengan sumber air lainnya.

⁹ Dalam konteks ini, laporan tersebut memprediksikan Indonesia akan dapat mencapai target akses air bersih dan sanitasi setelah tahun 2015

Kami Menolong Diri Kami Sendiri

Kisah Masyarakat Desa Sikayu, Kebumen dalam Mendapatkan Air Bersih

Desa Sikayu, sebuah desa yang dihuni oleh 5.935 jiwa, terletak di Kecamatan Buayan Kabupaten Kebumen Jawa Tengah, merupakan salah satu desa yang berada di pegunungan *karst* yang memiliki potensi air yang cukup besar. Namun untuk mengalirkan air sehingga dapat dimanfaatkan oleh masyarakat bukanlah perkara mudah, karena sumber air tersebut biasanya berada di dalam gua yang cukup dalam.

Keterbatasan pengetahuan dan teknologi, menyebabkan sumber air yang terdapat dalam gua tersebut hanya dapat dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat Desa Sikayu. Sampai kemudian pada tahun 1997, muncul inisiatif dari beberapa orang warga untuk membangun sistem jaringan air bersih yang bisa dinikmati oleh seluruh warga Desa Sikayu secara terus menerus.

Sistem yang dibangun sangat sederhana, di mana air yang berasal dari gua dialirkan ke dalam bak penampung utama, kemudian dari bak penampung utama air dialirkan menuju bak-bak penampung milik kelompok, selanjutnya dari bak kelompok air dialirkan ke masing-masing rumah tangga. Dana awal untuk membangun sistem jaringan air bersih ini adalah sebesar 13 juta rupiah yang diperoleh dari pinjaman Bank BRI dengan agunan tanah milik tiga orang warga Desa Sikayu. Meskipun yang menjadi agunan adalah tanah milik tiga warga tersebut, namun proses mencicilnya ditanggung oleh delapan warga yang menjadi penggagas awal sistem jaringan air bersih tersebut. Sisa dana cicilan tersebut digunakan dimasukkan dalam kas kelompok kecil tersebut.

Kelompok kecil ini terus berkembang menjadi 15 orang dan kemudian 250 orang. Seiring dengan proses tersebut, kelompok pun mulai membangun mekanisme tata kelola yang lebih baik, terutama untuk operasional dan pemeliharaan jaringan serta perluasan layanan. Sampai saat ini hampir seluruh masyarakat di Desa Sikayu sudah dapat menikmati air bersih dengan murah dan berkelanjutan.

Sumber: Dokumentasi KRuHA, 2008

Kondisi Layanan Air Perpipaan di Indonesia

Rendahnya akses masyarakat terhadap air perpipaan memang tidak lepas dari buruknya kondisi PDAM. Terdapat kurang lebih 394 PDAM yang ada di Indonesia yang tersebar di 78 kota dan 316 Kabupaten. Secara nasional cakupan pelayan PDAM hanya mencapai 24% (8.006.814 jiwa), dan jika dikaitkan dengan MDGs maka target yang ingin dicapai pada tahun 2015 adalah 80% di perkotaan dan 60% di pedesaan, sedangkan saat ini baru mencapai 47% di perkotaan dan 11% di pedesaan.

Berdasarkan data yang dimiliki BPKP tahun 2009, lebih dari 62,65% PDAM di Indonesia berada dalam kondisi tidak sehat, sedangkan sisanya berada dalam kondisi sehat (tabel-5). Namun PDAM yang mendapatkan kategori sehat, bukan berarti memiliki cakupan layanan yang besar, karena kategori sehat diukur melalui beberapa indikator yaitu kinerja manajemen, keuangan, dan teknis. Terdapat banyak persoalan yang dihadapi oleh PDAM, mulai dari beban hutang, ketidakmampuan melakukan investasi, keterbatasan air baku, hingga persoalan biaya operasional yang tinggi akibat ketidakjelasan bagaimana seharusnya layanan publik diperlakukan.

Tabel 5

Kondisi PDAM di Indonesia tahun 2008¹⁰

Kategori PDAM	Jumlah	%
Sehat	103	37,45
Kurang Sehat	87	31,64
Sakit	85	30,91

Sumber: Audit Kinerja PDAM 2008, BPKP

Gambaran yang lebih rinci bisa dilihat dari kondisi PDAM di kota-kota besar di Jawa, sebagai pulau yang dihuni oleh sebagian besar penduduk di Indonesia (tabel-6). Dari tabel 6 terlihat bahwa sebagian besar PDAM di Jawa berada dalam kondisi sakit, hanya PDAM Kota Surabaya saja yang berada dalam kondisi sehat. Ironisnya adalah PAM Jaya yang pengelolaannya telah diserahkan kepada swasta, ternyata kinerjanya masih buruk. Hal ini membuktikan bahwa pada dasarnya tidak manfaat yang bisa diperoleh oleh PAM Jaya dengan kehadiran sektor swasta.

10 Data ini berdasarkan hasil audit terhadap 275 PDAM di Indonesia

Tabel 6

Kondisi PDAM di Kota-Kota Besar di Jawa

PDAM	Sehat	Kurang Sehat	Sakit
PAM Jaya Jakarta			v
Kota Surabaya	v		
Kota Bandung			v
Kota Semarang			v

Sumber: PERPAMSI 2010

Rumitnya Air Perpipaan di Indonesia

Untuk dapat beroperasi dengan baik, setidaknya PDAM membutuhkan dua hal yaitu ketersediaan air baku dan modal untuk melakukan investasi. Sayangnya, kedua hal ini terkadang jarang dimiliki oleh PDAM.

Sebagai contoh, pada tahun 2008, kapasitas terpasang PDAM secara nasional mencapai 3.266.598.910 m³ dan kapasitas terpakai mencapai 2.741.237.648 m³, sehingga terdapat kapasitas tidak terpakai sebesar 525.361.262 m³ (16,08%). Kapasitas tidak terpakai ini disebabkan oleh persoalan teknis, rusaknya instalasi dan keterbatasan pompa serta persoalan lingkungan yaitu tidak tersedianya air dan berkurangnya debit air. Dari kapasitas yang terpakai, masih terdapat kapasitas menganggur yang mencapai 342.052.596 m³ (12,48%), yang disebabkan oleh ketiadaan jaringan distribusi, ketiadaan pelanggan dan sebagainya.

Kondisi demikian akan menyebabkan munculnya persoalan-persoalan lanjutan yaitu beban biaya operasional dan pemeliharaan yang tidak diimbangi dengan volume air terjual dan ketidakmampuan atau bahkan ketidakinginan PDAM untuk memperluas layanan terutama untuk kelompok masyarakat miskin. PDAM akan cenderung akan mempertahankan kondisi yang telah ada daripada harus memperluas layanan untuk orang miskin di mana air yang dimiliki terbatas dan tarif yang ditetapkan adalah tarif yang disubsidi. Kalaupun PDAM ingin memperluas jaringan untuk orang miskin, pada saat yang bersamaan PDAM harus memastikan untuk dapat memperoleh pelanggan baru dengan tarif yang tidak disubsidi. Persoalan menjadi lebih rumit, ketika pasar PDAM yang tidak disubsidi telah jenuh, akibat adanya alternatif sumber air selain PDAM yang bisa digunakan masyarakat.

Perbaikan Layanan Air Publik

Buruknya kondisi air perpipaan di Indonesia mendorong pemerintah untuk melakukan upaya-upaya perbaikan terhadap layanan air milik publik seperti PDAM. Upaya ini merupakan bagian dari keinginan pemerintah dalam mencapai target MDGs pada tahun 2015. Sayangnya upaya ini masih mendua, pada satu sisi pemerintah masih ingin mempertahankan PDAM sebagai satu-satunya utilitas layanan yang menyediakan layanan air bagi masyarakat, pada sisi yang lain pemerintah juga terus berusaha memperkenalkan PDAM dalam mekanisme pasar melalui kebijakan *public private partnerships* (kerjasama pemerintah swasta-KPS).

Inisiatif pemerintah untuk menarik sektor swasta dalam layanan air bersih, sepertinya tidak memperoleh hasil yang menggembirakan, baik dari sisi ketertarikan sektor swasta untuk berinvestasi maupun dari hasil yang dicapai terutama kepada masyarakat. Dalam kurun waktu 20 tahun, hanya terdapat kurang dari 30 proyek swasta di layanan air bersih, yang biasanya berada di kota besar atau daerah industri.

Salah satu faktor pendorong kehadiran swasta dalam penyediaan layanan air adalah peningkatan efisiensi dan efektifitas layanan kepada masyarakat. Faktanya keinginan tersebut tidak tercapai. Dalam kasus Jakarta, setelah lebih dari sepuluh tahun bekerjasama dengan dua operator swasta, tidak ada hal yang bisa dibanggakan dari penyediaan layanan air di Jakarta. Tingkat kebocoran air masih tinggi (di atas 40%), tarif terus naik (jika tarif tidak naik operator swasta mengakalinya dengan merubah golongan pelanggan), cakupan layanan yang rendah dan sebagainya. Masih banyak masyarakat miskin di Jakarta yang belum mendapatkan akses air bersih dengan harganya yang terjangkau.

Sulitnya Mendapatkan Air Bersih di Jakarta

Cerita Dari Muara Baru, Penjaringan, Jakarta Utara

Bagi sebagian besar warga Jakarta, mengandalkan air perpipaan untuk kebutuhan sehari-hari bisa jadi merupakan kesalahan besar (*dalam catatan BPS 2010, hanya 25% warga Jakarta yang mendapat akses layanan air perpipaan*). Pasokan air yang tidak kontinyu, dan kualitas air yang buruk, menjadikan banyak warga tidak percaya terhadap air perpipaan. Sebagian warga yang mampu, banyak menggunakan air tanah sebagai sumber kehidupan mereka sehari-hari, itupun

dengan catatan air tanah yang ada masih cukup layak untuk dikonsumsi. Jikapun tidak, mereka akan mencari sumber alternatif lain termasuk air kemasan.

Namun kondisi yang berbeda dihadapi oleh masyarakat kurang mampu yang kebanyakan juga tinggal di daerah kumuh. Muara Baru misalnya, sumur di sana sangatlah terkontaminasi oleh limbah dan air laut, hingga warga yang bermukim di salah satu kawasan termiskin Jakarta Utara ini terpaksa mencari air ditempat lain. Ironisnya kelompok yang paling menderita dengan situasi ini adalah kelompok perempuan. Sebagian besar warga Muara baru hidup dipemukiman ilegal, kampung-kampung yang ditolak untuk dipasang instalasi perpipaan oleh operator swasta. Anehnya, ada saja orang-orang kuat yang bisa mengatur sambungan ilegal. Jangan tanya bagaimana caranya, seorang toke yang memiliki sambungan dari Palyja bisa melayani hingga seratus rumah tangga dengan selang temporer.

Mbak Sinta (32 tahun), seorang ibu rumah tangga dan guru, bercerita bahwa untuk memenuhi kebutuhan air selama dua hari, warga bergantian memakai selang air yang digunakan untuk memenuhi tong-tong air. Setiap kali mengisi waktunya dibatasi hanya 20 menit. "Kami harus membayar Rp.80.000," kata Shinta, "Padahal beberapa minggu yang lalu harganya masih Rp.65.000 untuk 30 menit pemakaian, sekarang jadi Rp.80.000. Katanya karena harga dari Palyja sudah naik."

Ada juga warga Muara Baru yang memiliki meter air pipa, sehingga seharusnya mereka bisa aman dalam mengakses air bersih. Namun air tersebut tidak pernah mengalir, dan warga tersebut harus menanggung biaya beban karena memiliki sambungan, tetapi juga harus membeli air di tempat lain untuk memenuhi kebutuhan air sehari-hari.

Temuan lapangan yang terakhir menunjukkan bahwa pasca pertemuan antar RT di balai warga (27 Juni 2010) Muara Baru, Palyja sempat mengalirkan air kerumah-rumah warga, walaupun terbatas hanya dari jam 01.00 WIB dinihari hingga 06.00 WIB selama dua hari. Hal ini terulang pada setiap kali warga melakukan pertemuan terkait air, air akan mengalir selama beberapa jam lalu mati lagi. (*Dokumentasi KRuHA, 2010*)

Privatisasi Air di Indonesia (Kasus PDAM Ambon)

Dalam persidangan *Judicial Review* UU No.7 Tahun 2004 tentang Sumberdaya Air, Pemerintah Indonesia bersikeras bahwa tidak ada satu pasal pun dalam UU tersebut yang menyebutkan kata “privatisasi” air dan memang demikian pada kenyataannya. Yang diinginkan oleh Pemerintah dengan hadirnya sektor swasta adalah Public Private Partnerships atau dalam bahasa pemerintah Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS). Menurut pemerintah di dalam KPS tidak terjadi pembelian saham atau pemindahan aset ke tangan swasta, sedangkan dalam privatisasi terjadi pengambil alihan aset ataupun juga pembelian saham. Bahkan dalam kasus konsesi air di Jakarta pun, pemerintah menyatakannya sebagai KPS. Pemahaman ini berbeda dengan pemahaman yang dimiliki oleh masyarakat sipil. Dalam pandangan masyarakat sipil privatisasi adalah berpindahnya pengelolaan ataupun kepemilikan baik sebagian maupun keseluruhan dari sektor publik ke sektor swasta, dengan demikian konsesi air Jakarta dalam pemahaman masyarakat sipil adalah salah satu bentuk privatisasi.

Pada prakteknya, apa yang dipahami oleh pemerintah tidak benar. Privatisasi air telah terjadi di Indonesia, salah satunya di Kota Ambon. Sejak tahun 1994, WMD (*Waterleiding Maatschappij Drente*) sebuah perusahaan asal Belanda dan PDAM Ambon telah merintis kemitraan melalui *twinning program*. Tahun 1998, kedua pihak bersepakat meningkatkan bentuk kemitraan dengan mendirikan perusahaan patungan, PT Dream Sukses Airindo (DSA), dengan saham mayoritas 58% dikuasai WMD. Sebagai bagian kontribusi PDAM Ambon, diserahkan beberapa aset ke DSA seperti sumber air, reservoir berikut peralatannya, pipa distribusi utama dan sambungan rumah yang senilai 435 ribu Euro.

Pendekatan kemitraan WMD melalui pembentukan perusahaan patungan bersama PDAM setempat dengan komposisi saham mayoritas berada di tangan WMD, sehingga menghindari campur tangan pemerintah daerah dan PDAM. Kondisi ini memungkinkan WMD mengambil alih segala jenis keputusan khususnya terkait penerapan prinsip pemulihan biaya melalui peningkatan tarif. Ditargetkan dalam 5 tahun, perusahaan sudah dapat memperoleh modal untuk memperluas cakupan pelayanan. Disamping juga perusahaan akan menjelma menjadi entitas bisnis yang independen. Pemerintah daerah harus membeli kembali (*buy back*) saham WMD.

Sampai saat ini tidak jelas manfaat yang diperoleh oleh PDAM Ambon dan masyarakat Ambon. Namun yang pasti, sampai saat ini PDAM Ambon masuk dalam kategori PDAM sakit.

Sumber: Budhi Yonanta Bahroelim, 2007

Upaya memperkenalkan PDAM ke dalam mekanisme pasar tidak hanya dilakukan dengan mencoba menarik sektor swasta secara langsung dalam penyediaan layanan air perpipaan tetapi juga melalui mekanisme yang bisa membuat PDAM mencapai kondisi yang bisa sesuai dengan selera pasar, misalnya melalui Peraturan Presiden (Perpres) No.29 tahun 2009 tentang Pemberian Jaminan dan Subsidi Bunga oleh Pemerintah Pusat Dalam Rangka Percepatan Penyediaan Air Minum. Perpres ini pada intinya merupakan kesediaan pemerintah pusat untuk memberikan jaminan apabila sebuah PDAM memperoleh pinjaman dari perbankan. Namun pemerintah baru akan memberikan jaminan jika PDAM tersebut telah menetapkan tarif *cost recovery*.

Hal lain yang juga coba dilakukan oleh pemerintah adalah restrukturisasi hutang PDAM melalui Peraturan Menteri Keuangan (PMK) No.120 tahun 2008. Mekanisme ini bertujuan untuk menghapus beban bunga hutang yang dimiliki oleh PDAM, sehingga beban bunga tersebut dapat dimanfaatkan oleh PDAM untuk melakukan investasi. Sebagai syarat untuk mengikuti program ini adalah setiap PDAM diminta untuk membuat rencana bisnis (*business plan*). Dalam rencana bisnis ini tentu saja akan dilihat apakah mekanisme *cost recovery* telah menjadi bagian dalam mekanisme penentuan tarif.

Akses Air Bersih dan Pencapaian MDGs Lainnya

Tidak bisa dipungkiri akses masyarakat terhadap air bersih, akan berpengaruh terhadap pencapaian sasaran MDGs lainnya, seperti tingkat kematian anak. Banyak kematian anak yang justru disebabkan karena penyakit yang muncul akibat buruknya kualitas air bersih yang dikonsumsi, seperti diare. Jika mengacu pada data yang telah dipublikasikan dan dengan mengasumsikan bahwa 80% penduduk Indonesia sudah memiliki akses air dengan kualitas yang baik, maka masih terdapat 20 % penduduk Indonesia, yang hidupnya terancam akibat kualitas air yang buruk.

Pada kenyataannya, kondisi yang terjadi tidak sesederhana itu, 23 % penduduk yang memiliki akses terhadap air perpipaan dan 57 % penduduk yang

mendapatkan akses dari sumber air terlindungi tidak berarti telah memiliki akses terhadap sumber air dengan kualitas yang baik. Buruknya layanan air perpipaan dan banyaknya persoalan lingkungan termasuk pencemaran air menjadikan sumber-sumber air yang dikategorikan aman belum tentu aman 100%. Sehingga bisa dipastikan lebih dari 20% penduduk Indonesia, yang hidupnya masih terancam akibat kualitas air yang buruk. Ironisnya sampai saat ini, tidak ada data-data lengkap yang dipublikasikan oleh pemerintah yang bisa memberikan gambaran lengkap tentang kondisi keteraksesan masyarakat terhadap air bersih. Data yang dimiliki dan kemudian banyak dipublikasikan oleh lembaga-lembaga internasional masih berupa gambaran kuantitatif.

Lebih lanjut, jika kemudian Indonesia konsisten bahwa air perpipaan merupakan sumber air yang paling bersih dan sehat, maka bisa dipastikan Indonesia akan gagal memenuhi target MDGs pada tahun 2015. Dengan sisa waktu empat tahun, target 80% di perkotaan dan 60 % di pedesaan, menjadi sulit direalisasikan dengan melihat kondisi PDAM dan tidak adanya upaya lebih dari pemerintah untuk melakukan reformasi total terhadap PDAM.

Air Bersih sebagai Hak Asasi Manusia

Pada tanggal 28 Juli 2010 lalu, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), mengadakan Sidang Umum membahas resolusi tentang akses terhadap air bersih dan sanitasi sebagai hak asasi manusia. Setelah melalui *voting* 122 negara mendukung resolusi ini dan 41 negara menyatakan *abstain*. Indonesia menjadi salah satu negara yang mendukung resolusi ini, sehingga Indonesia telah mengakui bahwa air bersih dan sanitasi merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari hak asasi manusia.

Sebagai bagian dari hak ekonomi sosial dan budaya, hak atas air menuntut peran negara yang lebih besar dalam pemenuhannya. Hak atas air tidak mungkin akan tercapai pada negara minimalis. Negara minimalis inilah yang saat ini sedang terjadi di Indonesia. Dalam konteks sumberdaya air indikatornya sangat jelas, kerusakan lingkungan seperti pembabatan hutan, pencemaran air, eksploitasi sumberdaya air, kemudian rusaknya infrastruktur sumberdaya air, mendorong mekanisme pasar dalam pengelolaan dan penyediaan air bersih, dan sebagainya. Hal ini terjadi, karena pemerintah Indonesia tidak memiliki komitmen politik yang kuat. Sumber daya air tidak pernah atau belum menjadi prioritas kebijakan pembangunan di Indonesia.

Komitmen politik yang rendah dari pemerintah Indonesia, bisa dilihat

dari rendahnya alokasi anggaran yang disediakan untuk pemerintah dalam pembangunan sektor air bersih dan sanitasi. Untuk tahun 2010, alokasi anggaran yang disediakan hanya berjumlah 3-4 triliun rupiah. Pemerintah lebih suka mengandalkan partisipasi sektor swasta untuk berinvestasi dan seringkali membiarkan rakyatnya untuk menolong dirinya dalam memperoleh air bersih. Oleh karenanya, akses masyarakat terhadap air bersih tidak mungkin bisa tercapai, tanpa adanya komitmen politik dari pemerintah. Dengan adanya komitmen politik ini, maka akan muncul kebijakan besar sumberdaya air yang tidak hanya membahas persoalan teknis seperti bagaimana infrastruktur air bersih di bangun dan berapa besar biaya yang dibutuhkan, tetapi jauh lebih dari itu dimana persoalan-persoalan sosial yang terkait dengan air bersih juga dibicarakan termasuk di dalamnya tentang keadilan air.



...TERANGKAN TENTANG
TANAH AIR INDONESIA!



TANAHNYA MILIK
TENTARA,
AIRNYA MILIK AKUA,
MINYAKNYA MILIK
MOBILE EKSON

(catatan untuk Goal 8)

Hitung Mundur Menuju Goal Di Tahun 2015 *

Riuh gemuruh penonton di perhelatan akbar Piala Eropa 2012 di Polandia dan Ukraina hampir berbarengan dengan kemarahan dan kekecewaan para demonstran antiglobalisasi menentang G-20 Summit di Los Cabos, Mexico dan hasil Rio+20 Summit on Sustainable Development di Rio De Janeiro, Brasil.

Ketiga event tersebut mendapat banyak perhatian publik dunia dan liputan media massa yang sangat luas. Kemarahan dan kekecewaan para aktivis gerakan sosial sudah diprediksi ketika dominasi pembicaraan tentang “ekonomi hijau” membayang-bayangi setiap dokumen yang akan dibicarakan di forum antar pemimpin dunia tersebut.

Desain “ekonomi hijau” tak lepas dari campurtangan lembaga keuangan internasional dan korporasi yang selama ini bertanggungjawab atas proses pemiskinan yang mendunia akibat operasi institusi-institusi tersebut.

Akhirnya, Rio+20 Summit menghasilkan dokumen Sustainable Development Goals yang ditengarai sebagai proxy (pelanjut) Millennium Development Goals yang akan berakhir pada tahun 2015.

“Goal” adalah peristiwa yang selalu ditunggu-tunggu sepanjang bulan Juni hingga awal bulan Juli tahun ini ketika belasan tim terbaik dari Eropa bertarung memperebutkan Piala Eropa. Namun ada juga “Goal” yang ditunggu-tunggu

* Wahyu Susilo, INFID

hingga tahun 2015. “Goal” itu adalah Millennium Development Goals (MDGs) yang dideklarasikan pada bulan September 2000. Jika goal dalam Piala Eropa merupakan buah dari pertandingan penuh persaingan, maka goal dalam MDGs merupakan buah dari kerjasama dan tekad bersama.

Sejak bulan April 2012, beberapa organisasi internasional telah melakukan hitung mundur (1000 hari) menuju langkah akhir MDGs di bulan September 2015. Sementara organisasi-organisasi yang lain juga sudah menyiapkan ancap-ancang Beyond 2015. Pembicaraan tentang Beyond 2015 juga menjadi pembahasan serius dalam forum Rio+20 Summit.

Pembicaraan ditingkat internasional yang tak pernah tuntas terselesaikan dan terpenuhi komitmennya adalah persoalan pembiayaan MDGs (financing for MDGs). Seperti yang tercantum dalam Goal 8, skema pembiayaan komitmen global ini selain bersumber dari pembiayaan domestik juga diupayakan dari skema pembiayaan bantuan dan kerjasama internasional. Dengan mengacu pada komitmen Monterrey Consensus, negara-negara maju mempunyai kewajiban untuk mengalokasi 0,7% PDB-nya untuk kepentingan bantuan internasional, terutama untuk negara-negara berkembang. Namun hingga tinggal 1000 hari pencapaian MDGs (per April 2012), hanya negara-negara Skandinavia (dan Belanda) yang memenuhi komitmen tersebut, sementara tak satupun negara-negara anggota G8 patuh pada komitmen tersebut.

Masih ingatkah janji Gleanegles bulan Juli 2005? Dari hasil evaluasi lima tahun pertama, Afrika menjadi kawasan yang paling akut tingkat kemiskinannya sehingga perlu mendapatkan perhatian khusus. Dalam pertemuan G8 di Gleanegles, Inggris masalah ini menjadi perhatian utama dan menghasilkan Gleanegles Promises.

Janji untuk menyejahterakan Afrika pernah dilontarkan oleh para pemimpin G8 yang bertemu di Gleanagles, Inggris pada bulan Juli 2005. Namun janji itu tinggal janji, komitmen untuk menyediakan hibah untuk Afrika sebesar 50 milyar US dollar hingga tahun 2009, ternyata hanya terealisasi seperlimanya (11 milyar US dollar). Sementara itu menurut OXFAM International, janji negara-negara maju untuk mengalokasikan bantuan hingga 25 milyar US dollar hingga tahun 2010 ternyata baru terealisasi kurang dari separuhnya (Africa Focus Bulletin, 24 June 2010)

Dalam pertemuan G-8 di Muskoka Kanada yang berlangsung tanggal 25-26 Juni 2010, mendahului pertemuan G-20 di Toronto, komitmen itu sama sekali tidak

direview implementasinya, bahkan sekali lagi mereka kembali mengumbar janji untuk bantuan pembangunan Afrika untuk percepatan pencapaian MDGs di kawasan itu. Janji tersebut akhirnya lenyap dengan sendirinya, ketika sejak 3 tahun terakhir ini, pertemuan-pertemuan G8 dan G20 akhirnya lebih banyak membicarakan krisis di Amerika Serikat dan (sekarang) krisis di Eropa.

Bagaimana dengan Indonesia? Impian agar kesebelasan Indonesia masuk putaran final Piala Dunia, apalagi menyarangkan goal di event Piala Dunia adalah cita-cita yang mulia, namun akan lebih bermanfaat jika Indonesia bercita-cita agar semua goal di MDGs tergapai di tahun 2015. Berkali-kali, dalam progress report MDGs kawasan Asia Pasifik, Indonesia dikategorikan sebagai negara yang lamban langkahnya dalam mencapai MDGs di tahun 2015.

Sumber pelambanannya ditunjukkan dari masih tingginya angka kematian ibu melahirkan, belum teratasinya laju penularan HIV-AIDS, makin meluasnya laju deforestasi, rendahnya tingkat pemenuhan air minum dan sanitasi yang buruk serta beban utang luar negeri yang terus menggunung. (MDGs progres report in Asia and the Pacific, UNESCAP, 2010).

Fakta muram ini juga diperkuat dengan makin merosotnya kualitas hidup manusia Indonesia sebagaimana yang dilaporkan di *Human Development Index*. Jika pada tahun 2006 berada di posisi 107, tahun 2008 di posisi 109, maka di tahun 2009 makin melorot di posisi 111 dan semakin terperosok di peringkat 124 pada tahun 2011.

Kondisi ini menjadi tantangan berat Indonesia untuk menuntaskan 1000 hari terakhir menuju target MDGs di tahun 2015. Jika mengelola Indonesia seperti mengelola PSSI seperti sekarang, tanpa ada pengelolaan keuangan yang jelas dan transparan, korupsi yang membudaya, tak ada strategi pengelolaan sumberdaya dan pengetahuan yang memadai serta tak mau merubah kebijakan secara radikal, maka mimpi untuk mencapai target 8 goal di tahun 2015 seperti juga mimpi sepakbola Indonesia menyarangkan goal di putaran final Piala Dunia. Mustahil dan hanya fatamorgana !.

Salah satu aspek yang selama ini diabaikan dalam peta jalan menuju pencapaian MDGs oleh pemerintah Indonesia adalah memanfaatkan potensi dan peluang yang tersedia dalam kerjasama global pencapaian MDGs seperti yang ada dalam Goal 8. Dalam report perdana pemerintah Indonesia tentang MDGs tahun 2004 bahkan dengan sengaja tidak memasukkan goal 8 sebagai bagian dari

Progress Report MDGs di Indonesia. Pemerintah Indonesia baru memasukkan goal 8 untuk Progress Report MDGs setelah ada kritik dan desakan dari masyarakat sipil Indonesia.

Mengapa goal 8 penting bagi Indonesia? Walau komitmen goal 8 memang diutamakan bagi negara-negara maju namun Indonesia memiliki kepentingan strategis dalam goal ini. Seperti negara-negara lainnya, pembiayaan untuk pencapaian MDGs menjadi beban bagi Indonesia sebagai negara yang masih terbelit utang luar negeri. Indonesia mengakui beban utang luar negeri dalam membiayai upaya-upaya MDGs-nya.

Pada Millenium+5 Summit, September 2005, Presiden Susilo Bambang Yudhoyono menyerukan pengurangan atau penghapusan utang luar negeri sebagai sarana untuk mencapai MDGs-nya. Dan Indonesia mendapatkan pengurangan utang dari negara-negara seperti Italia, Jerman, Inggris, Australia dan Amerika Serikat. Namun, ini tidak cukup untuk menghilangkan beban utang Indonesia. Yudhoyono juga mengatakan bahwa ia akan menagih komitmen negara-negara maju, terutama G8, untuk menaikkan anggaran mereka bagi pemberantasan kemiskinan. Namun apakah seruan tersebut punya dampak? Yang tampak nyata adalah volume utang Indonesia terus meningkat bahkan sudah hampir mendekati Rp. 2000 triliun !

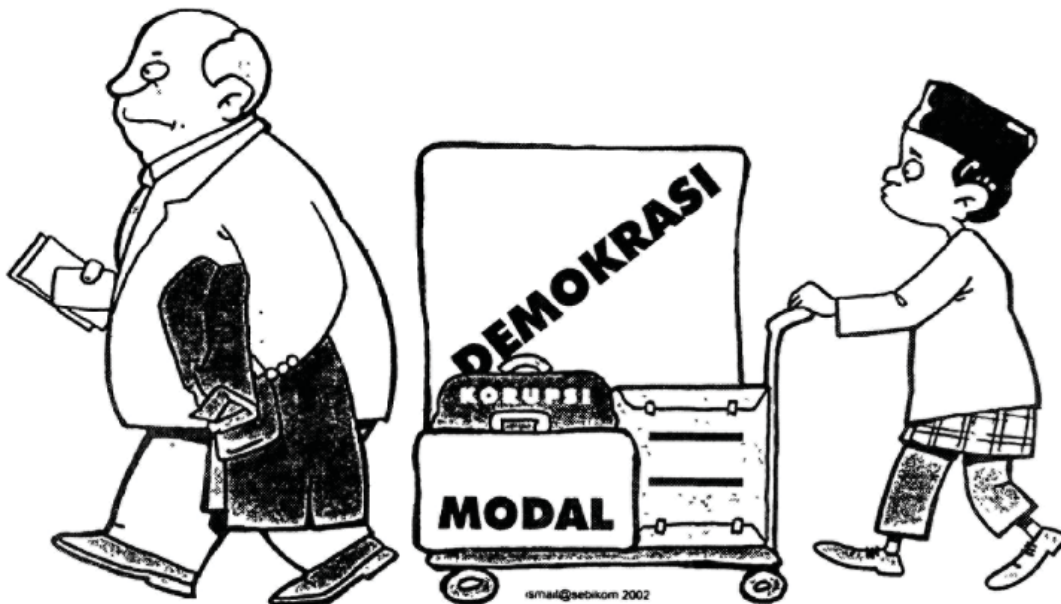
Harus diakui, Walau secara ekonomi, posisi ekonomi Indonesia sudah berada di deretan negara dengan pendapatan menengah dan menjadi anggota G20, namun selama menjadi anggota G20, Indonesia tidak pernah secara serius memperjuangkan kepentingan negara-negara berkembang, termasuk kepentingan nasional.

Secara pragmatis, Indonesia bahkan memanfaatkan forum G20 ini untuk negosiasi utang baru, dengan mengatasnamakan penanggulangan kemiskinan ataupun penanganan perubahan klim. Ironisnya, walau di pertemuan tingkat menteri keuangan G20 dalam 2 tahun terakhir ini merekomendasikan pengurangan stok utang pemerintah (dengan mengacu pada kolapnya perekonomian Yunani dan Spanyol karena beban utang) namun pemerintah RI tetap bersikukuh menambah utang baru dengan dalih rasio utang Indonesia masih masuk kategori aman.

Indonesia juga cenderung memanfaatkan posisi keanggotaan di G20 sebagai alat pencitraan. Kebanggaan Indonesia sebagai *Chair Working Group on Development Agenda* dan *Co Chair Working Group on Anti-Corruption* tidak

tercermin dalam kegigihan memperjuangkan agenda tersebut baik di level kebijakan nasional maupun dalam arena perundingan di G20 dan forum-forum internasional lainnya.

Dalam agenda pembangunan, Indonesia terlihat setengah hati memenuhi komitmen global penanggulangan kemiskinan Millennium Development Goal. Dalam hal ini Indonesia lebih memprioritaskan agenda ambisius Masterplan Percepatan Pembangunan Ekonomi Indonesia yang ternyata sama sekali tidak mengintegrasikan Road Map Percepatan Pencapaian MDGs Indonesia. Oleh karena itu tidaklah mengherankan langkah Indonesia mencapai MDGs terasa sangat berat.



Paket dari barat

