

PENGARUSUTAMAAN MDGs DALAM PEMBANGUNAN KUALITAS MANUSIA

Dyah Ratih Sulistyastuti

ABSTRACT

MDGs (Millennium Development Goals) formulated new approach to human development. The main characteristics of this approach are: firstly, direct human development and secondly, clear targets on development that should be achieved. These targets are to realise eight MDGs goals as the government's responsibility to fulfil basic human needs. This paper discusses MDGs issues in five sections. The first section discusses short description the problems of education and health services in Indonesia. Then it discusses various theories on development and the position of MDGs related to these theories. The next section describes several government programmes which are directed to achieve basic education for all and health. Before concluding remarks, the fourth section reviews the Indonesian's achievement on MDGs targets.

Keywords: MDGs, education, health, human development

PENGANTAR

Posisi Indonesia dalam *Human Development Index* (HDI) tahun 2007 berada pada urutan 108, dengan nilai indeks sebesar 0,728. Meskipun Indonesia berada pada ranking yang sama tetapi angka indeksnya mengalami kenaikan dari 0,711 pada tahun 2006. Akan tetapi ranking Indonesia ini jauh di bawah beberapa negara Asia Tenggara lainnya, seperti Singapura yang berada pada urutan ke-25 (0,916), Malaysia ke-61 (0,805), Thailand ke-74 (0,784), Filipina ke-84 (0,763), dan Brunei Darussalam ke-34 (0,871). Bahkan tiga negara anggota Asean yaitu Singapura, Malaysia dan Brunei telah termasuk dalam kategori negara yang memiliki HDI tinggi. Apabila keberhasilan pencapaian MDGs diukur dari HDI, maka pencapaian MDGs di Indonesia masih sangat memprihatinkan. Bahkan,

menurut Laporan “*A Future Within Reach*” maupun Laporan MDGs Asia-Pasifik tahun 2006, Indonesia termasuk dalam kategori terbawah bersama Banglades, Laos, Mongolia, Myanmar, Pakistan, Papua Nugini, dan Filipina (Hartiningih, 2007).

Posisi negara Indonesia yang berada pada ranking seperti itu terkait dengan beberapa realita. Di bidang pendidikan, persoalan yang masih harus diselesaikan adalah rendahnya rata-rata lama studi dan disparitas angka partisipasi sekolah. Kemudian pada bidang kesehatan, realita yang cukup *urgent* untuk mendapatkan perhatian adalah angka kematian ibu dan anak, gizi buruk, dan penyakit menular.

Sebagai ilustrasi persoalan dalam bidang pendidikan dapat dilihat pada Tabel 1. Dapat ditarik kesimpulan bahwa masih ada persoalan besar dalam pembangunan pendidikan.

Tabel 1.
Rata-rata Lama Sekolah Menurut Jenis Kelamin dan Daerah Tempat Tinggal tahun 2004 dan 2005

Jenis Kelamin	Perkotaan		Perdesaan		Kota + Desa	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Laki-laki (L)	9,3	9,4	6,6	6,5	7,8	7,8
Perempuan (P)	8,2	8,4	5,5	5,5	6,7	6,8
L+P	8,8	8,9	6,0	6,0	7,2	7,3

Sumber: Indikator Kesejahteraan Rakyat 2005: 19

Rata-rata lama sekolah merupakan salah satu indikator yang penting untuk mengetahui keberhasilan pembangunan pendidikan. Angka rata-rata lama studi yang masih dibawah 9 tahun merupakan persoalan serius dalam pembangunan manusia. Karena hal tersebut secara tegas mengindikasikan bahwa sebagian besar penduduk Indonesia belum lulus program Wajib Belajar.

Selanjutnya permasalahan bidang kesehatan, diantaranya adalah persoalan gizi buruk yang melanda beberapa daerah belakangan ini. Pada Tabel 2 terlihat bahwa selama periode 2003-2005, persoalan gizi buruk justru terjadi peningkatan. Sementara justru terjadi penurunan pada balita yang berstatus gizi normal. Meskipun harus diakui bahwa balita dengan status gizi lebih juga mengalami peningkatan.

Tabel 2.
Status Gizi Balita Indonesia, tahun 2003 dan 2005

	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Normal	Gizi Lebih
2003	8,55	19,62	69,59	2,24
2005	8,80	19,24	68,48	3,48

Sumber: Indikator Kesejahteraan Rakyat 2005: 96.

Realita gizi buruk seharusnya tidak akan muncul lagi di Indonesia yang telah melaksanakan pembangunan selama lebih dari 30 tahun. Fenomena terjadinya peningkatan gizi buruk ini dapat dilihat dari kasus yang terjadi di beberapa daerah seperti yang telah dimuat dalam beberapa media. Sebanyak 197 balita di Palu, Sulawesi Tengah (Sulteng) saat ini menderita gizi buruk karena kurangnya pengetahuan orangtua tentang pentingnya menu gizi seimbang bagi anaknya (Republika 12 Maret 2008). Masih menurut sumber yang sama selama periode Januari-Maret 2008, sebanyak 221 bayi berusia di bawah lima tahun (balita) di Kabupaten Trenggalek Jawa Timur dinyatakan positif mengalami gizi buruk. Seorang di antaranya meninggal dunia dan 31 sedang dirawat di RSUD dr Soedono, Trenggalek. Kasus lain terjadi di Kabupaten Rote Ndao Nusa Tenggara Timur yaitu kasus busung lapar sementara daerah tersebut merupakan lumbung beras (Suara Pembaharuan, 11 Maret 2008). Data di atas dapat dijadikan ilustrasi betapa persoalan pembangunan manusia di Indonesia masih cukup besar. Demikian juga dari dua ilustrasi tersebut dapat menggambarkan bahwa Indonesia masih harus bekerja keras untuk memenuhi target Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millenium Development Goals* (MDGs).

Seperti yang telah kita ketahui bahwa Indonesia merupakan salah satu negara yang turut menandatangani kesepakatan MDGs. Pada awal sosialisasi MDGs di Indonesia memang timbul beberapa kontroversi. Ada sebagian komponen masyarakat yang menganggap bahwa MDGs sebagai program yang ambisius. Namun, MDGs sebenarnya bukan hal yang ambisius atau mengada-ada karena MDGs merupakan program yang didasarkan pada semangat pemenuhan hak dasar warga negara dan merupakan pendekatan baru untuk mengatasi kemiskinan dan keterbelakangan. Hal ini dapat dilihat bahwa sebagian besar indikator MDGs didasarkan pada *Human Development Index* (HDI). HDI yang dikembangkan oleh Amartya Sen dan Mahbub ul Haq pada era tahun 1990an mengukur pencapaian

rata-rata sebuah negara dalam tiga dimensi dasar, yaitu: pencapaian pembangunan bidang kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Tiga indikator dalam HDI tersebut mencerminkan sejauh mana negara mampu memenuhi hak-hak dasar warga negara.

Tulisan ini akan mendiskusikan pencapaian pembangunan bidang kesehatan dan pendidikan. Diskusi akan diawali dengan kegagalan beberapa paradigma pembangunan dalam mengatasi persoalan kemiskinan, pendidikan, dan kesehatan masyarakat. Kemudian disajikan diskusi mengenai pendekatan baru dalam paradigma pembangunan manusia yang dikenal dengan sebutan Tujuan Pembangunan Milenium atau MDGs. MDGs didasarkan pada pemenuhan hak dasar manusia (*right based approach*) untuk mencapai kesejahteraan masyarakat. Penegasan MDGs sebagai *right based approach* tentu berkaitan dengan kondisi pembangunan di beberapa negara terutama negara berkembang yang masih memiliki problema ekonomi dan sosial yang cukup besar. Problema yang dihadapi oleh negara-negara berkembang itu berkaitan dengan masalah tidak terpenuhinya hak-hak dasar seperti kemiskinan, putus sekolah, rendahnya kualitas kesehatan, dan seterusnya. MDGs memang bukan merupakan isu yang baru. Tetapi jelas bahwa pencapaian target MDGs di Indonesia masih di bawah yang diharapkan.

MENGAPA MDGs PENTING?

Sejumlah persoalan yang masih ada terutama di negara-negara berkembang, menjadikan sejumlah negara membuat deklarasi untuk saling membantu agar terwujud kesejahteraan masyarakat. Pada bulan September tahun 2000, perwakilan-perwakilan dari 189 negara menandatangani deklarasi yang disebut sebagai *Millennium Declaration*. *Millennium Declaration* ini mengandung delapan tujuan yang harus dicapai sebelum tahun 2015. Negara-negara yang membuat kesepakatan tersebut bukan saja negara kaya tetapi juga negara-negara miskin dan berkembang. Delapan tujuan ini tergabung dalam kesepakatan bersama yang dinamakan sebagai *Millennium Development Goals* (MDGs) atau Tujuan Pembangunan Milenium (TPM). Delapan kesepakatan dalam *Millennium Development Goals* (MDGs) tersebut adalah:

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan (*eradicate extreme poverty and hunger*).
2. Mencapai pendidikan dasar untuk semua (*achieve universal primary education*).
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan (*promote gender equality and empower women*).
4. Menurunkan Angka Kematian anak (*reduce child mortality*).

5. Meningkatkan kesehatan Ibu (*increase maternal health*).
6. Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan penyakit lainnya (*combat HIV/AIDS, malaria and other diseases*).
7. Memastikan kelestarian lingkungan hidup (*ensure environment sustainability*).
8. Membangun kemitraan global untuk pembangunan (*develop a global partnership for development*).

Mengapa MDGs dijadikan pendekatan baru dalam pembangunan di negara-negara berkembang? Ada empat alasan mengenai pentingnya MDGs. *Pertama*, delapan tujuan pembangunan milenium yang telah disepakati oleh 189 negara itu didasarkan pada pemenuhan hak dasar warga negara atau *right based approach*. *Kedua*, bahwa MDGs merupakan strategi pembangunan yang bersifat *direct attack*. *Ketiga*, MDGs memuat delapan tujuan yang secara umum merupakan solusi untuk mengatasi persoalan secara lebih komprehensif. *Keempat*, MDGs memiliki target pencapaian secara tegas seperti yang tertuang dalam setiap tujuannya. Hak dasar/asasi manusia (*human rights*) bersifat universal, legal, dan berlaku sama bagi setiap warga negara. Hak dasar ini merupakan suatu konsep etika politik dengan gagasan pokok penghargaan dan penghormatan terhadap manusia dan kemanusiaan. Secara umum, HAM yang diumumkan PBB tahun 1948 mengandung empat hak pokok. *Pertama*, hak individual atau hak-hak yang dimiliki setiap orang. *Kedua*, hak kolektif atau hak masyarakat yang hanya dapat dinikmati bersama orang lain, seperti: hak akan perdamaian, hak akan pembangunan, dan hak akan lingkungan hidup yang bersih. *Ketiga*, hak sipil dan politik; antara lain memuat hak-hak yang telah ada dalam perundangan Indonesia, seperti: hak atas penentuan nasib sendiri, hak memperoleh ganti rugi bagi mereka yang kebebasannya dilanggar, hak atas kehidupan, hak atas kebebasan berfikir, berkeyakinan dan beragama, hak yang sama bagi perempuan dan laki-laki untuk menikmati hak sipil dan politik, hak seorang untuk diberi tahu alasan-alasan pada saat penangkapan, persamaan hak dan tanggung jawab antara suami-istri, dan hak atas kebebasan berekspresi. *Keempat*, hak ekonomi, sosial, dan budaya; antara lain memuat hak untuk menikmati kebebasan dari rasa ketakutan dan kemiskinan; larangan atas diskriminasi ras, warna kulit, jenis kelamin, gender, dan agama; persamaan hak antara laki-laki dan perempuan untuk menikmati hak ekonomi, sosial dan budaya; hak untuk mendapat pekerjaan; hak untuk memperoleh upah yang adil bagi buruh laki-laki dan perempuan; hak untuk membentuk serikat buruh; hak atas pendidikan: hak untuk bebas dari kelaparan. Kemudian prinsip *human rights* ini diadopsi oleh beberapa institusi internasional, seperti: CARE,

Save the Children, UNICEF, UNDP, UNFPA, UNESCO dan SIDA, DFID untuk dijadikan dasar aktivitasnya. Demikian juga MDGs dibentuk dengan prinsip hak dasar warga negara atau *human rights based approach* (Arowolo, 2007: 2). Prinsip pemenuhan hak dasar bagi setiap warga negara ini memberikan implikasi bahwa negara bahkan dunia internasional mempunyai tanggung jawab yang mutlak terhadap pemenuhannya.

Seperti telah diungkapkan di atas bahwa tulisan ini akan mendiskusikan tujuan MDGS yang kedua, keempat, dan kelima, yaitu bidang pendidikan dan kesehatan. Mengapa pemenuhan pelayanan pendidikan dan kesehatan kepada seluruh warga negara menjadi prioritas yang diwujudkan di dalam MDGs? Hal ini karena pendidikan merupakan hak dasar setiap warga negara. Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan asasi bagi semua orang karena masyarakat yang berpendidikan setidaknya dapat mewujudkan tiga hal. *Pertama*, dapat membebaskan dirinya dari kebodohan dan keterbelakangan. *Kedua*, mampu berpartisipasi dalam proses politik untuk mewujudkan masyarakat yang demokratis. *Ketiga*, memiliki kemampuan untuk membebaskan diri dari kemiskinan. Demikian juga pembangunan bidang kesehatan sangat penting untuk mewujudkan masyarakat yang sejahtera. Sebab, masyarakat yang sehat dapat melakukan banyak hal, termasuk memenuhi kebutuhan hidup dan meningkatkan kualitas hidup. Untuk itu dibutuhkan strategi pembangunan yang langsung untuk mengatasi problema pembangunan.

Dimasa lalu banyak negara berkembang yang mengutamakan pembangunan ekonomi dan mempercayai "teori menetes ke bawah" atau *trickle down effect*. Teori "menetes ke bawah" mengasumsikan bahwa pembangunan ekonomi akan secara langsung berdampak pada peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui penyerapan tenaga kerja. Namun realita yang terjadi di Indonesia, pertumbuhan ekonomi yang tinggi di masa Orde Baru tetap saja menyisakan problema pembangunan. Oleh sebab itu, setelah orde Reformasi yang dibarengi dengan era desentralisasi dan Otonomi Daerah, Indonesia turut meratifikasi sebuah pendekatan baru dalam pembangunan. Pendekatan baru ini mengutamakan bahwa metode mengatasi masalah secara langsung (*direct attack*). Keunggulan MDGs yang dipandang sebagai pendekatan yang bersifat *direct attack* dalam mengatasi masalah kemiskinan dan rendahnya kualitas masyarakat. Dengan metode penyelesaian persoalan secara langsung, maka MDGs dengan tegas memprioritaskan partisipasi masyarakat.

KEBIJAKAN PEMERINTAH DI BIDANG PENDIDIKAN

Pemerintah telah banyak menerbitkan kebijakan dan program untuk menjamin pendidikan. Komitmen pemerintah untuk menjamin pendidikan ini sangatlah penting mengingat pendidikan merupakan kebutuhan utama untuk mewujudkan

masyarakat sejahtera. Mengingat keterbatasan yang dimiliki oleh pemerintah, maka program pendidikan dasar menjadi prioritas kewajiban pemerintah. Sebagai wujud konkrit atas pentingnya pendidikan dasar, UUD 1945 pasal 31 (termasuk juga pasal 31 dalam Perubahan keempat Undang-undang Dasar 1945) menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas pendidikan dasar. Hal ini tertuang secara jelas pada ayat 1 dan ayat 2, seperti dibawah ini:

Pasal 31

Ayat 1: "Setiap warga negara berhak mendapat pendidikan"

Ayat 2: "Setiap warga negara wajib mengikuti pendidikan dasar dan pemerintah wajib membiayainya"

Kemudian komitmen pemerintah terhadap anggaran pendidikan tertuang pada pasal 31 ayat 4, yaitu anggaran pendidikan minimal harus 20% dari APBN dan APBD, seperti dikutip di bawah ini:

Ayat 4: "Negara memprioritaskan anggaran pendidikan sekurang-kurangnya dua puluh persen dari anggaran pendapatan dan belanja negara serta dari anggaran pendapatan dan belanja daerah untuk memenuhi kebutuhan penyelenggaraan pendidikan nasional".

Komitmen pemerintah mengenai pendidikan dasar ini dipertegas lagi dalam UU No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (SISDIKNAS), yaitu pada pasal 17 dan pasal 34.

Pasal 17

- (1) Pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah.
- (2) Pendidikan dasar berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs) atau bentuk lain yang sederajat.
- (3) Ketentuan mengenai pendidikan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur lebih lanjut dengan peraturan pemerintah.

Pasal 34

- (1) Setiap warga negara yang berusia 6 tahun dapat mengikuti program wajib belajar
- (2) Pemerintah dan pemerintah daerah menjamin terselenggaranya wajib belajar minimal pada jenjang pendidikan dasar tanpa memungut biaya.
- (3) Wajib belajar merupakan tanggung jawab negara yang diselenggarakan oleh lembaga pendidikan pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.
- (4) Ketentuan mengenai wajib belajar sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah (PP).

Pemerintah bahkan menerbitkan kebijakan yang populer untuk mengatasi putus sekolah pada tingkat pendidikan dasar yaitu dengan Bantuan Operasional Sekolah (BOS). Program penanggulangan putus pendidikan dasar telah banyak diterbitkan. Tujuan pemerintah menciptakan program BOS ini adalah agar semua anak, terutama dari keluarga miskin, dapat mencapai kelulusan pada tingkat pendidikan dasar.

Sejak tahun 2001 sampai Juni 2005, pemerintah telah mengalokasikan sebagian dari penghematan subsidi BBM yang kemudian dialokasikan sebagai Dana Bantuan Khusus Murid (BKM) bagi keluarga miskin. Untuk periode Juli–Desember 2005, pemerintah menegaskan untuk melakukan perubahan penerima langsung dana tersebut, dari keluarga ke sekolah, berupa Bantuan Operasional Sekolah (BOS). Program BOS ini didasarkan pada jumlah siswa yang terdaftar dalam satu sekolah. Sejak Juli 2005, pemerintah telah menyerahkan dana BOS ke seluruh sekolah SD dan SMP dan secara terbatas masih melanjutkan program BKM. Mekanisme alokasi bantuan yang baru ini telah banyak mengubah anggaran pendidikan dasar dan pendidikan menengah pertama. Perubahan ini menunjukkan bahwa pemerintah pusat kini mendanai bagian yang cukup besar untuk biaya operasional sekolah.

Program BOS mencakup sekitar 41 juta siswa, dengan rincian 62 persen berada pada jenjang sekolah dasar dan 38 persen pada pendidikan sekolah menengah pertama. Program BOS telah menyalurkan sebanyak Rp. 5,3 triliun antara Juni–Desember 2005 dan selanjutnya Rp 11,12 triliun di tahun 2006 atau sekitar 25 persen dari keseluruhan anggaran pemerintah pusat untuk sektor pendidikan. Besarnya anggaran untuk setiap sekolah ditentukan oleh jumlah siswa, dimana untuk sekolah dasar menerima Rp 235.000 (sekitar AS\$25) per siswa per semester, sedangkan siswa sekolah menengah pertama menerima Rp 324.500 (kira-kira AS\$35). Dana BOS tersebut digunakan untuk menanggulangi biaya operasional sekolah, sehingga sekolah pun diharapkan dapat menurunkan atau bahkan menghapuskan uang SPP (sumbangan pembinaan pendidikan). Dana BOS sendiri disalurkan secara langsung ke sekolah. Sekolah harus memiliki nomor rekening bank yang akan digunakan untuk menyimpan dana tersebut untuk mencegah terjadinya kebocoran, serta untuk meningkatkan transparansi.

Selain itu, Laporan BAPPENAS yang berjudul Tema dan Prioritas Pembangunan Nasional tahun 2007, menetapkan prioritas pembangunan bidang pendidikan tahun 2007 adalah sebagai berikut:

1. Beasiswa siswa miskin jenjang SD/MI dan SMP/MTs.
2. Beasiswa siswa miskin jenjang SMA/SMK/MA.
3. Pengembangan pendidikan keaksaraan fungsional.

KEBIJAKAN PEMERINTAH DI BIDANG KESEHATAN

Kebutuhan hidup sehat merupakan hak setiap individu, oleh sebab itu pemerintah telah menerbitkan sejumlah kebijakan dan program pelayanan dasar kesehatan. Beberapa landasan hukum penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat adalah: Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia tahun 1948, bab 25 pasal 25(1) mengenai standar hidup yang layak dan jaminan perlindungan kesehatan, yang berbunyi:

“Setiap orang berhak atas hidup yang memadai untuk kesehatan, kesejahteraan diri dan keluarganya; termasuk atas pangan, pakaian, perumahan, perawatan kesehatan, serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat pengangguran, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut, atau keadaan lainnya yang mengakibatkannya kekurangan nafkah, yang berada diluar kekuasaannya”.

Perubahan Kedua UUD 1945

Bab XA/ Pasal 28 H:

- (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
- (2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.
- (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

Dengan landasan hukum tersebut maka terdapat kejelasan mengenai kewajiban negara dalam pelayanan kesehatan dasar. Upaya pemerintah untuk mewujudkan hal tersebut adalah dengan merumuskan sejumlah kebijakan dan program yang dimuat dalam tiap bidang, seperti di bawah ini.

1. Kebijakan Gizi

Strategi dan Kebijakan Pemerintah dalam pengembangan program penanggulangan masalah gizi antara lain adalah:

- a. Kepmenkes RI tentang Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan bagi Bangsa Indonesia
- b. Rencana Aksi Pencegahan & Penanggulangan Gizi Buruk
- c. Program Perbaikan Gizi Makro

- d. Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2001-2005
- e. Program Pembangunan Nasional Bidang Gizi
- f. Indonesia Sehat 2010
- g. SK Dirjen tentang Vitamin A
- h. SK Menkes No. 237 tentang Pemasaran Pengganti ASI
- i. Health Development Plan Towards Healthy Indonesia

2. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

Kecenderungan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Keadaan ini terjadi terutama pada keadaan dimana pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*"out of pocket"*) dalam sistem tunai (*"fee for service"*).

Kenaikan biaya kesehatan terjadi akibat penerapan teknologi canggih, karakter *'supply induced demand'* dalam pelayanan kesehatan, pola pembayaran tunai langsung ke pemberi pelayanan kesehatan, pola penyakit kronik dan degeneratif, serta inflasi. Kenaikan biaya pemeliharaan kesehatan itu semakin sulit diatasi oleh kemampuan penyediaan dana pemerintah maupun masyarakat. Peningkatan biaya itu mengancam akses dan mutu pelayanan kesehatan dan karenanya harus dicari solusi untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan ini.

Solusi masalah pembiayaan kesehatan mengarah pada peningkatan pendanaan kesehatan agar melebihi 5% PDB sesuai rekomendasi WHO, dengan pendanaan pemerintah yang terarah untuk kegiatan *public health* seperti pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan, promosi kesehatan, serta pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Sedangkan pendanaan masyarakat harus diefisienkan dengan pendanaan gotong-royong untuk berbagi risiko gangguan kesehatan dalam bentuk jaminan kesehatan.

Pokok utama dalam pembiayaan kesehatan adalah: a. Mengupayakan kecukupan/adekuasi dan kesinambungan pembiayaan kesehatan pada tingkat pusat dan daerah. b. Mengupayakan pengurangan pembiayaan OOP dan meniadakan hambatan pembiayaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terutama kelompok miskin dan rentan melalui pengembangan jaminan. c. Peningkatan efisiensi dan efektifitas pembiayaan kesehatan.

Pengembangan jaminan kesehatan dilakukan dengan beberapa skema sebagai berikut: (1) Pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin); (2) Pengembangan Jaminan Kesehatan (JK) sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN); (3) Pengembangan jaminan kesehatan berbasis

sukarela: (a) Asuransi kesehatan komersial; (b) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela; (4) Pengembangan jaminan kesehatan sektor informal: (a) Jaminan kesehatan mikro (dana sehat) dan (b) Dana sosial masyarakat.

3. Promosi Kesehatan

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 2010 atau PHBS 2010, maksudnya adalah keadaan dimana individu - individu dalam rumah tangga (keluarga) masyarakat Indonesia telah melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam rangka:

- a. Mencegah timbulnya penyakit dalam masalah - masalah kesehatan lain,
- b. Menanggulangi penyakit dan masalah - masalah kesehatan lain, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan
- c. Memanfaatkan pelayanan kesehatan, serta
- d. Mengembangkan dan menyelenggarakan upaya kesehatan bersumber masyarakat

Visi dan misi Promosi Kesehatan tersebut ditetapkan melalui Kepmenkes No. 1193/MENKES/SK/X/2004 tanggal 18 Oktober 2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi kesehatan.

Untuk mewujudkan Visi tersebut, maka Misi Nasional Promosi kesehatan adalah:

- a. Memberdayakan individu, keluarga, dan kelompok - kelompok dalam masyarakat, baik melalui pendekatan individu dan keluarga, maupun melalui pengorganisasian dan penggerakkan masyarakat.
- b. Membina suasana atau lingkungan yang kondusif bagi terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat.
- c. Mengadvokasi para pengambil keputusan dan penentu kebijakan serta pihak - pihak lain yang berkepentingan (*stakeholders*) dalam rangka :
 - Mendorong diberlakukannya kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang berwawasan kesehatan
 - Mengintegrasikan promosi kesehatan, khususnya pemberdayaan masyarakat, dalam program-program kesehatan.
 - Meningkatkan kemitraan sinergis antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, serta antara pemerintah dengan masyarakat (termasuk LSM) dan dunia usaha.
 - Meningkatkan investasi dalam bidang promosi kesehatan pada khususnya dan bidang kesehatan pada umumnya.

HASIL-HASIL YANG DICAPAI

Sebagaimana diuraikan didepan, berbagai kebijakan telah dibuat oleh pemerintah sebagai upaya untuk mewujudkan Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia. *United Nations Development Programme*, sebagai lembaga internasional yang memiliki inisiatif terhadap pembentukan MDGs, mengukur keberhasilan dalam implementasi kebijakan bidang pendidikan melalui tiga indikator, seperti angka melek huruf, angka partisipasi sekolah dan lama studi yang ditempuh. Sedangkan keberhasilan implementasi kebijakan bidang kesehatan diukur melalui angka kematian bayi, angka kematian ibu, dan keadaan gizi balita. Indikator-indikator tersebut akan dipakai sebagai instrumen analisis untuk menilai sejauh mana keberhasilan atau kinerja implementasi berbagai kebijakan untuk menyediakan layanan pendidikan dan kesehatan bagi semua di Indonesia.

1. Bidang Pendidikan

Untuk menilai sejauhmana keberhasilan pembangunan bidang pendidikan maka berikut ini akan disajikan sejumlah informasi berdasarkan indikator angka melek huruf, angka partisipasi sekolah, dan lama studi yang ditempuh.

Tabel 3.
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Buta Huruf Menurut
Tipe Daerah, Kelompok Umur dan Jenis Kelamin, Tahun 2006

Tipe Daerah/ Jenis Kelamin	Kelompok Umur (tahun)		
	10 - 14	15 - 24	25 - 44
Perkotaan			
Laki-laki (L)	0,59	0,57	1,04
Perempuan (P)	0,40	0,48	2,49
L+P	0,50	0,52	1,78
Perdesaan			
Laki-laki (L)	1,49	1,71	3,81
Perempuan (P)	1,25	1,98	7,26
L+P	1,37	1,84	5,58
Perkotaan dan Perdesaan			
Laki-laki (L)	1,13	1,20	2,54
Perempuan (P)	0,91	1,27	5,08
L+P	1,02	1,24	3,84

Sumber: BPS, Susenas Kor Tahun 2006 dalam Statistik Pendidikan, 2006: 56.

Apabila dilihat dari indikator angka melek huruf maka Indonesia dapat dikatakan telah berhasil. Hal ini ditunjukkan oleh data bahwa pada tahun 2006 hanya 3,84% penduduk yang masih buta huruf. Keberhasilan ini juga berlaku pada aspek kesetaraan gender dalam hal kemampuan baca tulis. Meskipun masih ada selisih proporsi antara laki-laki dan perempuan mengenai kemampuan baca tulis, namun hanya sebesar 2% saja. Demikian juga kemampuan baca tulis masyarakat perkotaan dengan perdesaan hampir sama, tidak ada selisih yang mencolok. Jika berdasarkan kemampuan baca tulis, Indonesia telah berhasil. Lalu bagaimana dengan pencapaian angka partisipasi sekolah? Indikator kedua untuk menilai keberhasilan pembangunan bidang pendidikan adalah Angka Partisipasi Sekolah (APS) dan Angka Partisipasi Murni (APM). Angka Partisipasi Sekolah (APS) adalah jumlah anak usia sekolah yang terdaftar di bangku sekolah. Sedangkan Angka Partisipasi Murni (APM) adalah anak usia sekolah menurut umur yang terdaftar di bangku sekolah. Menurut Statistik Kesejahteraan Rakyat (2006: 74), Angka Partisipasi Sekolah (APS) penduduk berumur 7-12 tahun

sebesar 97,39%, penduduk berumur 13-15 tahun sebesar 84,08% dan penduduk berumur 16-18 tahun sebesar 53,92%. Jika dibandingkan dengan Angka Partisipasi Murni (APM) seperti Tabel 4 maka selisih APS dengan APM semakin tinggi pada jenjang pendidikan yang semakin tinggi.

Tabel 4
Angka Partisipasi Murni (APM) menurut Tipe Daerah, Jenis Kelamin, dan Jenjang Pendidikan, 2006

Daerah/Jenis Kelamin	Jenjang Pendidikan		
	SD	SLTP	SMU
Perkotaan			
Laki-laki (L)	93,36	73,62	57,95
Perempuan (P)	92,76	73,50	56,39
L+P	93,07	73,56	57,17
Perdesaan			
Laki-laki (L)	94,10	61,86	33,50
Perempuan (P)	93,60	61,65	33,42
L+P	93,86	61,76	33,47
Perkotaan+Perdesaan			
Laki+laki (L)	93,80	66,53	43,77
Perempuan (P)	93,26	66,51	43,78
L+P	93,54	66,52	43,77

Sumber: Statistik Kesejahteraan Rakyat, 2006: 74

Ada tiga poin penting yang dapat diperoleh dari Tabel 4 dan 5. *Pertama*, secara umum Indonesia belum mencapai keberhasilan program Wajib Belajar 9 tahun. Proporsi siswa yang tidak melanjutkan ke jenjang pendidikan selanjutnya masih tinggi. Hal ini secara tegas dapat dilihat bahwa rata-rata lama studi nasional masih di bawah 9 tahun. *Kedua*, pada tahun 2005, hanya ada 2 propinsi yang berhasil dalam program Wajib Belajar 9 tahun, yaitu DKI dan Kepulauan Riau. *Ketiga*, masih ada beberapa propinsi yang belum mampu mewujudkan masyarakatnya untuk lulus Sekolah Dasar, yaitu Lampung, Jawa Tengah, DIY, NTB, NTT, Kalimantan Barat, Gorontalo, dan Papua. Propinsi-propinsi tersebut masih berada dalam kategori rata-rata lama studi yang berhasil ditempuh oleh masyarakatnya di bawah 7 tahun.

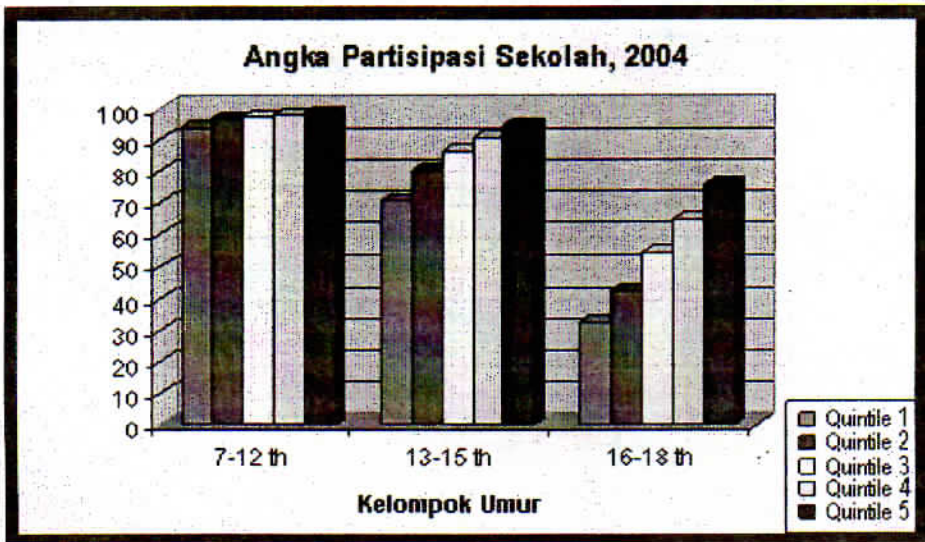
Tabel 5
Rata-rata Lama Sekolah Menurut Propinsi
Tahun 2004 dan 2005

Propinsi	Laki-laki (L)		Perempuan (P)		L+P	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
N.A. Darussalam	8,9	-	8,0	-	8,4	-
Sumatera Utara	8,9	8,9	8,0	8,1	8,4	8,5
Sumatera Barat	8,2	8,2	7,7	7,8	8,0	8,0
Riau	8,6	8,4	7,9	7,7	9,2	8,0
Jambi	7,9	7,9	6,9	7,0	7,4	7,5
Sumatera Selatan	7,8	7,8	7,0	7,0	7,4	7,4
Bengkulu	8,3	8,0	7,3	7,2	7,8	7,6
Lampung	7,4	7,3	6,6	6,5	7,0	6,9
Bangka Belitung	7,0	7,5	6,0	6,8	6,5	7,2
Kepulauan Riau	-	9,3	-	8,7	-	9,0
DKI Jakarta	10,6	10,4	9,5	9,3	10,1	9,9
Jawa Barat	7,8	7,8	6,7	6,8	7,2	7,3
Jawa Tengah	7,1	7,2	6,0	6,1	6,6	6,7
D.I. Yogyakarta	9,0	9,0	7,5	7,7	8,2	8,3
Jawa Timur	7,2	7,3	5,9	6,1	6,6	6,7
Banten	8,3	8,5	7,1	7,5	7,7	8,0
Bali	8,1	8,2	6,4	6,5	7,3	7,4
NTB	6,5	6,7	5,2	5,4	5,8	6,0
NTT	6,6	6,4	5,8	5,8	6,2	6,1
Kalimantan Barat	6,9	6,7	5,8	5,7	6,4	6,3
Kalimantan Tengah	8,2	8,2	7,3	7,5	7,8	7,9
Kalimantan Selatan	7,7	7,7	6,7	6,7	7,2	7,2
Kalimantan Timur	9,0	8,8	7,9	7,9	8,5	8,3
Sulawesi Utara	8,8	8,6	8,5	8,5	8,6	8,6
Sulawesi Tengah	7,7	7,7	7,2	7,1	7,5	7,4
Sulawesi Selatan	7,3	7,3	6,4	6,7	6,9	7,0
Sulawesi Tenggara	8,1	8,1	7,0	7,1	7,5	7,6
Gorontalo	6,6	6,4	6,9	6,9	6,8	6,6
Maluku	8,8	8,6	8,1	8,1	8,4	8,3
Maluku Utara	8,1	8,2	6,9	7,2	7,5	7,7
Papua	6,8	6,8	5,3	5,5	6,1	6,2
INDONESIA	7,8	7,8	6,7	6,8	7,2	7,3

Sumber: Indikator Kesejahteraan Rakyat, 2005:100

Rendahnya angka rata-rata lama sekolah ini terkait status sosial ekonomi seperti yang disajikan pada Grafik 1. Semakin tinggi jenjang pendidikan justru akan semakin rendah Angka Partisipasi Sekolah (APS).

Grafik 1
Partisipasi Sekolah menurut Golongan Pendapatan 2004



Sumber: http://kfm.depsos.go.id/mod.php?mod=userpage&page_id=6
 Catatan: Q1 = Quintile termiskin dan Q5 = Quintile terkaya

Pada jenjang pendidikan Sekolah Dasar (SD), yaitu pada kelompok anak usia 7-12 tahun, Angka Partisipasi Sekolah (APS) hampir sama pada kelima kelompok berdasarkan pendapatan tersebut. Kemudian pada jenjang pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP), Angka Partisipasi Sekolah (APS) mulai terjadi perbedaan antar golongan masyarakat menurut tingkat pendapatannya. Tetapi perbedaan pada jenjang pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) tidak setajam seperti pada jenjang pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA). Selain tidak terjadi perbedaan yang tajam antar golongan masyarakat yang didasarkan pada tingkat pendapatan, Angka Partisipasi Sekolah pada jenjang pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) juga mencapai nilai yang relatif lebih tinggi dibandingkan dengan pencapaian APS pada jenjang pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA). Angka Partisipasi Sekolah (APS) ini mengalami perbedaan yang cukup tajam antar kelompok pendapatan pada jenjang pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu pada anak usia 16-18 tahun. Disamping terjadi perbedaan yang cukup tajam antar golongan masyarakat yang didasarkan pada tingkat pendapatan, Angka Partisipasi Sekolah pada jenjang pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) juga tidak mampu mencapai nilai yang tinggi sebagaimana tingkat pencapaian APS pada jenjang pendidikan Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Menengah Pertama (SMP).

Banyak aspek yang mempengaruhi terjadinya disparitas dalam pemenuhan pendidikan, seperti: kemiskinan, bencana alam, krisis, perang, eksklusi sosial, serta alokasi investasi publik yang tidak tepat. Tingginya perbedaan APS antar kelompok masyarakat berdasarkan pada status sosial ekonomi terutama pada jenjang pendidikan menengah sangat tidak menguntungkan. Apabila distribusi akses pendidikan terlalu asimetris, maka terdapat kerugian yang amat besar karena kemampuan masyarakat tidak dimanfaatkan dengan optimal (Thomas, et.al. 2000: 58-59). Fenomena seperti ini tentu saja memberikan implikasi bahwa negara harus memiliki peran yang lebih besar.

Dewasa ini negara-negara berkembang makin meningkatkan perhatiannya pada bidang pendidikan dibanding selama era tahun 1980. Hal ini cukup beralasan karena masyarakat dengan tingkat pendidikan yang baik akan memberikan kontribusi yang besar terhadap proses pembangunan. Peningkatan persentase pengeluaran publik untuk bidang pendidikan juga dilakukan oleh pemerintah Indonesia. Sejak tahun 2001, Indonesia telah mengalami peningkatan persentase pengeluaran publik untuk bidang pendidikan.

Namun demikian, persentase pengeluaran publik untuk bidang pendidikan negara-negara berkembang tetap masih lebih kecil dibandingkan negara maju. Di negara berpendapatan tinggi (*high-income countries*), persentase pengeluaran publik untuk bidang pendidikan sebesar 5,6% dari GDP, sementara negara berpendapatan menengah (*middle-income countries*) sebesar 4,4% dari GDP dan negara miskin (*low-income countries*) hanya sebesar 3,4 (Tatyana, 2000 dan HDI, 2006). Berikut data pengeluaran publik untuk bidang pendidikan di empat negara ASEAN, yaitu Malaysia, Thailand, Filipina, dan Indonesia. Indonesia menempati posisi paling bawah untuk pengeluaran publik bidang pendidikan yaitu hanya 14,2%. Sementara itu, Malaysia dan Thailand yang menempati posisi paling atas untuk pengeluaran publik bidang pendidikan yaitu 27% sedangkan Filipina sebesar 16%. Kondisi yang lebih memprihatinkan lagi adalah PDB perkapita di Indonesia paling rendah diantara empat negara ASEAN tersebut, tetapi persentase pengeluaran publik untuk bidang pendidikan justru yang paling rendah. Kondisi ini memberikan implikasi bahwa biaya pendidikan akan menjadi tanggung jawab yang lebih besar bagi masyarakat meskipun Indonesia hanya memiliki PDB perkapita rendah. Disamping PDB perkapita yang rendah juga beban Indonesia untuk penduduk umur 0-14 (usia wajar) adalah paling besar. Hal ini terlihat bahwa dari 217,6 juta jiwa terdapat sebesar 3,5% yang berumur 0-14 atau kelompok anak WAJAR 9 tahun.

Tabel 6
Pengeluaran Publik Bidang Pendidikan
di Malaysia, Thailand, Filipina, dan Indonesia Tahun 2004

	MALAYSIA	THAILAND	FILIPINA	INDONESIA
<i>Persentase pengeluaran publik untuk bidang pendidikan dari total pengeluaran pemerintah⁽¹⁾</i>	28	27	17,2	9
<i>Per kapita PDB (harga US\$ pada konstan 2000)</i>	4.290	2.356	1.085	906
<i>Jumlah penduduk (juta)</i>	24,4	63,7	81,6	217,6
<i>Persentase jumlah penduduk berumur 0-14</i>	3,0	4,1	2,8	3,5

Sumber : <http://www.publicfinanceindonesia.org/pdf/PEREBAB4-SektorPendidikan.pdf> dan Tabel HDI 2006

2. Bidang Kesehatan

MDGs melihat kinerja pembangunan bidang kesehatan melalui beberapa indikator yang merupakan pelayanan dasar kesehatan bagi ibu dan anak. Keberhasilan pelayanan dasar kesehatan bagi ibu dan anak ini dilihat dari Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan status gizi Balita. Ketiga indikator tersebut termasuk dalam tujuan keempat dan kelima pembangunan milenium. Tujuan keempat Pembangunan Milenium adalah menurunkan angka kematian anak. Tujuan tersebut memiliki target untuk menurunkan angka kematian balita sebesar dua-pertiganya, antara tahun 1990 dan 2015. Kemudian tujuan kelima adalah meningkatkan kesehatan ibu, dengan target untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) sebesar tiga-perempatnya dalam kurun waktu 1990-2015.

a. AKI dan AKB

Komitmen pemerintah untuk mencapai sasaran Pembangunan Milenium pada aspek menurunkan Angka Kematian Anak sebesar dua per tiga dari angka di tahun 1990 atau menjadi 20 per 1000 kelahiran bayi pada tahun 2015 dan menurunkan kematian ibu sebesar tiga perempatnya menjadi 102 per 100.000 kelahiran merupakan tugas yang berat. Angka Kematian Bayi menurun dari waktu ke waktu dan memang sudah berhasil ditekan meskipun angka tersebut masih jauh dari target MDGs. AKB di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi

dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand (Laporan MDGs 2007:50). Menurut laporan Indikator Kesejahteraan Rakyat, pada tahun 2000, angka kematian bayi di Indonesia masih sebesar 41. Kemudian pada tahun 2005 telah mengalami penurunan hingga sebesar 32. Berarti selama lima tahun angka kematian bayi mengalami penurunan sebesar 9 per 1000 kelahiran. Jika dilihat dari target MDGs, AKB yang diharapkan adalah 20 per 1000 kelahiran. Maka AKB masih harus turun sebesar 12 per kelahiran hidup sejak 2005. Dan tahun 2007, menurut UNICEF, AKB di Indonesia adalah 30 per 1000 kelahiran (<http://health.groups.yahoo.com>), sehingga Indonesia masih harus bekerja keras untuk menurunkan lagi sebesar 10 selama 8 tahun.

Disamping menurunkan AKB, agaknya pemerintah juga harus bekerja keras untuk menurunkan AKI sehingga mencapai target yang ditetapkan MDGs tersebut. Karena AKI di Indonesia memang masih cukup tinggi yaitu 307 per 100.000 kelahiran hidup. Itu berarti setiap tahun ada 13.778 kematian ibu atau setiap dua jam ada dua ibu hamil, bersalin, nifas yang meninggal karena pelbagai penyebab. Buruknya AKI di Indonesia terlihat dari ranking yang berada pada nomor 4 dari bawah di tingkat ASEAN sesudah Kamboja, Myanmar, dan Laos. Secara statistik, angka kematian ibu menurun dari 390 per 100 ribu kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 307 per 100 ribu kelahiran hidup di tahun 2005. Terlebih ada 20.000 ibu mengalami kematian akibat komplikasi kehamilan. Penyebab langsung kematian ibu adalah pendarahan (30%), eklampsia (25%), partus lama (5%), komplikasi aborsi (8%), dan infeksi (12%). Resiko kematian meningkat bila ibu menderita anemia, kekurangan energi kronis, dan penyakit menular. Ada 11% kasus kematian ibu akibat aborsi yang tidak aman. Aborsi yang tidak aman ini biasanya terjadi pada kasus kehamilan yang tidak diinginkan (<http://www.dpr.go.id/>). Tingginya AKB dan AKI disinyalir karena beberapa aspek yang diantaranya akibat mahal dan jauhnya pelayanan kesehatan, keberadaan Puskesmas maupun rumah sakit yang jauh. Namun sumber utama dari keterbatasan fasilitas kesehatan tersebut adalah keterbatasan anggaran pemerintah untuk bidang kesehatan.

Tabel 7
Perbandingan Pengeluaran untuk Bidang Kesehatan, 2004
(dan Indonesia anggaran 2006)

	Pengeluaran kesehatan nasional sbg % PDB	Pengeluaran kesehatan sbg % Total pengeluaran Pemerintah
Indonesia 2004	0,73	3,8
Indonesia 2006	0,95	4,5
Filipina 2004	3,2	5,9
Thailand 2004	3,3	13,6
Malaysia 2004	3,8	6,9

Sumber: <http://www.publicfinanceindonesia.org/pdf/PEREBAB4-SektorKesehatan.pdf>

Tingginya AKI dan AKB sangat terkait dengan peran pemerintah dalam menyediakan pelayanan publik untuk bidang kesehatan. Peran pemerintah ini mulai dari komitmen anggaran publik untuk bidang kesehatan hingga penyediaan fasilitas serta tenaga medis. Tabel 7 menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah untuk bidang kesehatan menempati peringkat paling rendah dibanding negara Filipina, Thailand, dan Malaysia. Rendahnya pengeluaran pemerintah untuk bidang kesehatan ini menunjukkan bahwa Indonesia belum memberikan prioritas pengeluaran bidang ini. Hal ini bisa diartikan bahwa Indonesia belum memprioritaskan pencapaian target dari tujuan MDGs bidang kesehatan dasar.

Tabel 8
Komposisi Total Pengeluaran Sektor Kesehatan

PENGELUARAN	%
Rumah tangga	55
Pemerintah Daerah	22
Propinsi Propinsi	8
Pemerintah Pusat	15

Sumber: <http://www.publicfinanceindonesia.org/pdf/PEREBAB4-SektorKesehatan.pdf>

Pada tahun 2004, rumah tangga di Indonesia masih menanggung biaya kesehatan yang cukup besar. Tabel 8 menunjukkan bahwa 55% dari total biaya kesehatan dikeluarkan oleh rumah tangga. Pemerintah yang seharusnya menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat justru lebih kecil. Hal ini akan menyebabkan kesenjangan kualitas kesehatan yang dapat dicapai oleh masyarakat golongan miskin dan kaya. Tabel 9 di bawah ini memperlihatkan betapa kesenjangan terhadap pelayanan kesehatan terjadi antara penduduk termiskin dan terkaya.

Tabel 9
Persentase Bagian 20% Termiskin dan 20% Terkaya
Dari Penduduk Pada Belanja Kesehatan Swasta Pada Tahun 2002

	KUINTIL TERMISKIN	KUINTIL TERKAYA
Belanja untuk penyediaan layanan kesehatan swasta termasuk obat	6%	49%
Rumah Sakit	2%	66%
Pelayanan kesehatan dasar	8%	39%

Sumber: Susenas, 1998 dan 2002 dalam *Laporan Pembangunan Manusia Indonesia 2004*: 29

Sebagaimana terlihat pada tabel di atas, rendahnya komitmen pemerintah untuk menyediakan pelayanan kesehatan makin memperburuk kondisi kesehatan masyarakat terutama masyarakat golongan miskin karena akses pelayanan kesehatan tersebut bias pada kaum kaya.

Dampak kondisi tersebut juga menyebabkan masih tingginya AKI dan AKB di Indonesia. Penyebab kasus kematian Ibu dan Balita, seperti kasus melahirkan dan nifas yang terbanyak secara medis, ditemukan akibat perdarahan, inflamasi, infeksi, penanganan abortus yang tidak aman, dan partus lama, tentu saja sangat terkait dengan rendahnya akses masyarakat miskin terhadap fasilitas kesehatan. Penyebab kematian Ibu ini juga sering diistilahkan dengan "tiga terlambat dan empat terlalu". Tiga terlambat yakni terlambat mengenali tanda bahaya dan memutuskan mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan; terlambat dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai; terlambat dalam menerima pelayanan kesehatan yang cukup memadai pada setiap tingkatan. Sementara empat terlalu, yakni: terlalu muda untuk menikah; terlalu sering hamil; terlalu banyak melahirkan; dan terlalu tua untuk hamil.

AKI dan AKB tidak saja menggambarkan kelangsungan hidup, tetapi lebih luas menggambarkan mengenai masalah kesehatan perempuan dan bayi. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan ibu dan bayi merupakan pelayanan yang berkesinambungan dan saling terkait. Kesehatan bayi ditentukan sejak bayi dalam kandungan. Di sisi lain kesehatan ibu dapat berpengaruh terhadap kesehatan bayi yang dikandungnya .

b. Gizi Buruk

Dewasa ini permasalahan status gizi buruk yang justru menjadi permasalahan *urgent*. Pada tahun 2005, status gizi buruk meningkat menjadi 8,80% dari 8,55% pada tahun 2003. Kondisi yang memprihatinkan lagi bahwa ada 12 propinsi (dari 30 propinsi) yang mengalami kenaikan status gizi buruk, yaitu: Sumatera Utara, Jambi, DKI Jakarta, Bali, NTT, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Maluku, dan Maluku Utara (Indikator Kesejahteraan Rakyat, 2005:96). Artinya hampir separo dari propinsi yang ada di Indonesia justru mengalami penurunan status gizi.

Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Menurut Departemen Kesehatan (2004), di Indonesia pada tahun 2003 terdapat sekitar 27,5% (5 juta balita kurang gizi), 3,5 juta anak (19,2%) dalam tingkat gizi kurang, dan 1,5 juta anak gizi buruk (8,3%). Selama periode 2003-2005, peningkatan persentase status gizi baik sebesar 1,24%, sedangkan status gizi normal justru mengalami penurunan sebesar 1,11% pada periode yang sama.

Tabel 10
Persentase Status Gizi Balita Menurut Propinsi
Tahun 2003 dan 2005

Propinsi	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Normal		Gizi Lebih	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
N.A Darrusalam	-	-	-	-	-	-	-	-
Sumatera Utara	12,76	10,45	18,67	18,20	66,14	67,79	2,44	3,56
Sumatera Barat	7,29	10,81	18,44	19,63	72,94	66,88	1,32	2,68
Riau	10,76	9,27	17,95	16,54	69,43	67,52	1,86	6,67
Jambi	3,07	5,54	18,54	18,72	76,61	71,33	1,78	4,41
Sumatera Selatan	10,28	8,54	20,51	17,52	65,93	69,02	3,28	4,92
Bengkulu	7,77	6,97	18,86	19,59	70,86	69,91	2,51	3,53
Lampung	8,19	7,24	21,40	16,72	68,31	72,33	2,11	3,71
Bangka Belitung	9,32	8,70	20,90	17,04	66,24	69,07	3,53	5,19
DKI Jakarta	6,36	7,30	16,71	15,03	71,78	72,87	5,15	4,80
Jawa Barat	5,56	5,77	18,46	16,23	72,99	74,82	3,00	3,19
Jawa Tengah	6,03	5,84	19,56	18,13	72,69	73,34	1,72	2,69
D.I.Yogyakarta	4,07	4,08	13,36	10,97	80,26	81,76	1,32	3,19
Jawa Timur	5,95	5,67	17,41	18,09	74,46	73,04	2,18	3,20
Banten	8,25	6,98	18,84	19,19	70,68	69,49	2,22	4,33
Bali	3,59	5,10	12,80	15,41	80,42	75,73	3,16	3,76
NTB	10,45	8,44	23,68	24,95	63,73	64,42	2,13	2,19
NTT	12,65	13,04	26,15	28,03	59,91	57,25	1,29	1,68
Kalimantan Barat	13,81	11,56	25,33	21,16	59,40	63,61	1,46	3,67
Kalimantan Tengah	9,49	10,19	19,51	17,18	67,62	68,54	3,38	4,08
Kalimantan Selatan	9,62	11,29	23,16	24,48	64,61	61,94	2,60	2,29
Kalimantan Timur	9,16	7,59	17,81	18,33	72,22	69,55	0,81	4,53
Sulawesi Utara	9,90	8,44	15,72	14,67	70,20	71,27	4,19	5,62
Sulawesi Tengah	9,55	10,36	22,02	20,96	64,92	66,50	3,51	2,18
Sulawesi Selatan	9,96	8,65	20,99	21,51	67,84	66,51	1,22	3,33
Sulawesi Tenggara	5,74	10,04	16,80	19,34	74,42	67,69	3,04	2,93
Gorontalo	12,66	15,41	24,56	26,07	52,27	56,44	1,51	2,07
Maluku	8,55	15,19	21,37	18,47	69,23	62,51	0,85	3,83
Maluku Utara	9,23	10,24	17,30	17,06	66,56	68,90	6,92	3,80
Papua	15,24	13,75	16,85	17,46	62,70	63,93	5,20	4,86
INDONESIA	8,55	8,80	19,62	19,24	69,59	68,48	2,24	3,48

Sumber: Indikator Kesejahteraan Rakyat 2005: 96

Menurut Soekirman (1991), ada tiga faktor utama penyebab terjadinya gizi buruk. Gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Secara langsung dipengaruhi oleh 3 hal, yaitu; anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, anak tidak mendapat asuhan gizi yang memadai dan anak mungkin menderita penyakit infeksi. Berbagai penelitian membuktikan lebih dari separuh kematian bayi dan balita disebabkan oleh keadaan gizi yang jelek. Risiko meninggal dari anak yang bergizi buruk 13 kali lebih besar dibandingkan anak yang normal. WHO memperkirakan bahwa 54% penyebab kematian bayi dan balita didasari oleh keadaan gizi anak yang jelek. Keadaan gizi yang jelek ini, menurut data Indonesia dan negara lain, menunjukkan bahwa adanya hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Proporsi anak yang gizi kurang dan gizi buruk berbanding terbalik dengan pendapatan. Makin kecil pendapatan penduduk, makin tinggi persentasi anak yang kekurangan gizi, makin tinggi pendapatan makin kecil persentasinya. Kurang Gizi berpotensi sebagai penyebab kemiskinan melalui rendahnya pendidikan dan produktivitas. Kemiskinan merupakan penghambat keluarga untuk memperoleh akses terhadap ketiga faktor penyebab kekurangan gizi di atas. Tetapi untuk mencegah gizi buruk tidak harus menunggu berhasilnya pembangunan ekonomi sampai masalah kemiskinan dituntaskan. Pembangunan ekonomi rakyat dan menanggulangi kemiskinan memakan waktu lama. Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa diperlukan waktu lebih dari 20 tahun untuk mengurangi penduduk miskin dari 40% (1976) menjadi 11% (1996).

Tabel 11
Persentase Penduduk Menurut Propinsi
dan Golongan Pengeluaran Perkapita Sebulan Tahun 2006

	Kurang dari 60.000	60.000 - 79.999	80.000 - 99.999	100.000 - 149.999	150.000 - 199.999	200.000 - 299.999	300.000 - 499.999	500.000 keatas
Perkotaan	0,01	0,20	0,79	7,21	13,70	27,38	29,91	20,79
Perdesaan	0,17	1,31	3,93	23,49	27,03	28,51	12,55	3,01
Kota+Desa	0,10	0,83	2,56	16,40	21,22	28,02	20,11	10,75

Sumber: Statistik Kesejahteraan Rakyat, 2006: 157-159.

Kualitas kesehatan maupun keadaan gizi balita berkaitan erat dengan status sosial ekonomi. Jika dilihat dari Tabel 11, maka sebagian besar masyarakat Indonesia masih berpenghasilan di bawah Rp. 500.000 per bulan. Sedangkan peran pemerintah untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat masih relatif rendah.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Pemerintah belum menggunakan MDGs sebagai *mainstream* dalam pembangunan. Hal ini terbukti bahwa pencapaian Indonesia untuk target MDGs masih rendah. Di bidang pendidikan, meskipun APS dan APM telah tinggi pada jenjang pendidikan SD, akan tetapi angka ini makin menurun pada jenjang pendidikan SLTP dan SMU. Hal ini terbukti bahwa angka rata-rata lama sekolah yang ditempuh secara nasional masih cukup rendah. Pada tahun 2005, rata-rata lama sekolah penduduk laki-laki sebesar 7,8 tahun, sedangkan angka rata-rata lama sekolah penduduk perempuan sebesar 6,8 tahun. Berdasarkan informasi yang berhasil dikumpulkan rendahnya rata-rata lama sekolah berkaitan dengan ketidakmampuan masyarakat miskin untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

Pada bidang kesehatan, permasalahan yang menonjol belakangan ini antara lain adalah persoalan gizi buruk dan penyakit menular. Kualitas kesehatan maupun keadaan gizi balita berkaitan erat dengan status sosial ekonomi

Diskusi mengenai kebijakan dan permasalahan di atas memunculkan rekomendasi sebagai berikut:

1. MDGs perlu dipakai sebagai acuan paradigma pembangunan manusia untuk dapat mewujudkan kesejahteraan terutama melalui pemenuhan pendidikan dan kesehatan.
2. Strategi *Pengarusutamaan* MDGs dalam Pembangunan Kualitas Manusia, diantaranya dilakukan melalui:
 - a. Mengintegrasikan kebijakan dan program yang telah ada untuk mengoptimalkan pencapaian MDGs
 - b. Mengembangkan mekanisme koordinasi antar SKPD
 - c. Meningkatkan kerjasama antar daerah dlm pelayanan publik yg pro MDGs
 - d. Memperkenalkan metode kajian anggaran publik yg pro MDGs.
 - memetakan kendala
 - elaborasi faktor pendukung anggaran pro-MDGs

DAFTAR PUSTAKA

- Alston, Philip, 2004, 'A Human Rights Perspective on the Millennium Development Goals', paper prepared as a contribution to the work of the *Millennium Project Task Force on Poverty and Economic Development*, New York.
- Anonim, 2007, 'Indeks Pendidikan Indonesia Menurun', *Kompas* 31 Desember.
- Arowolo, Oladele, 2007, 'Achieving the MDGs with Equity: Need for the Human Rights Based Approach', Contributed paper, at the *Fifth African Population Conference: Arusha, Tanzania*, 10-14 December.
- Bappenas, 2007, *Laporan Perkembangan Pencapaian Millenium Development Goals Indonesia 2007*, Kerjasama Bappenas dan UN, Jakarta.
- , 2007, Tema dan Prioritas Pembangunan Nasional tahun 2007, www.bappenas.go.id/
- Biro Pusat Statistik, 2005, *Indikator Kesejahteraan Rakyat*, Jakarta.
- , 2005, *Statistik Kesejahteraan Rakyat*, Jakarta.
- , 2006, *Statistik Pendidikan*, Jakarta.
- , 2006, Angka Partisipasi Sekolah (APS) pada Berbagai Jenjang Pendidikan tahun 1995-2005, <http://www.bps.go.id/>
- Departemen Sosial, 2004, Angka Partisipasi Sekolah menurut Golongan Pendapatan, 2004, <http://kfm.depsos.go.id/>
- Hartiningsih, Maria, 2007, Indonesia Mundur Soal MDGs. <http://www.kompas.co.id/>
- Muchtar, Yanti, 2003, Capaian MDGs untuk Goals Pendidikan, www.csis.or.id/
- Siswono, 2008, 'Ratusan Balita di Palu Menderita Gizi Buruk', *Republika*, Rabu, 12 Maret.
- Soubbotina, Tatyana P., 2000, *Beyond Economic Growth: An Introduction to Sustainable Development*, World Bank, Washington, DC.
- Soekirman, 1991, *Tiga Faktor Utama Penyebab Terjadinya Gizi Buruk*, Pidato Pengukuhan Guru Besar IPB, Bogor.
- Thomas, Vinod, et.al., 2000, *The Quality of Growth*, World Bank.
- Tjokrowinoto, Moeljarto, 2001, *Pembangunan: Dilema dan Tantangan*, Pustaka Pelajar Yogyakarta.
- Ujiyanti, Tatak Prapti 2005. *Reformasi Pendidikan Dasar di Indonesia*. Policy Assessment, The Indonesian Institute, Jakarta.
- UNDP, 2006, *Human Development Index*, New York.
- World Bank, 2006, Lingkaran Setan Kemiskinan www.worldbank.org/
- , 2007, Beyond Economic Growth: An Introduction to Sustainable Development <http://www.worldbank.org/>
- , 2007, Kajian Pengeluaran Publik Indonesia: Memaksimalkan Peluang Baru, <http://www.publicfinanceindonesia.org/>