

PENGANTAR

Pembangunan bertujuan untuk menyejahterakan rakyat dan diharapkan pemerintah menghasilkan kebijakan-kebijakan yang *pro-poor* (berpihak kepada kaum miskin). Namun upaya mewujudkan niat baik tersebut tidaklah mudah karena banyak faktor yang memengaruhi keberhasilan perwujudan tujuan tersebut. Salah satu faktornya adalah proses perumusan kebijakan. Sangat jelas bahwa dalam tahapan ini, terdapat berbagai proses kompromi dan proses-proses politik. Tidak tertutup kemungkinan proses itu berakhir pada tidak tercapainya tujuan mulia dan hanya terhenti pada pemenuhan nafsu politik ekonomi penguasa. Kelemahan utama dalam perumusan kebijakan di Indonesia adalah masih belum jelasnya keberpihakan pemerintah kepada penduduk miskin. Melalui kajian tentang keberpihakan kebijakan anggaran bidang kesehatan, Harry mengungkapkan fakta bahwa para perencana anggaran berstrategi mengalokasikan belanja fisik yang berlebihan sebagai akibat adanya keinginan untuk memperoleh volume program yang lebih besar. Faktor penting lain adalah kurangnya sensitivitas pihak legislatif dalam mencermati RKPD SKPD. Pada satu sisi, terdapat kecenderungan alokasi anggaran yang lebih besar bagi DPRD dibandingkan dengan belanja langsung Dinas Kesehatan, khususnya untuk program-program pelayanan kesehatan dasar. Proses perumusan kebijakan anggaran merupakan proses perebutan sumber daya publik antar-*stakeholders* dalam pemerintahan.

Kajian Kainakaimu semakin menegaskan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan pada tataran puskesmas. Masih terdapat kendala internal berupa kurangnya kesadaran warga miskin untuk berperilaku sehat, kurangnya minat untuk berobat ke puskesmas, kurangnya kemanfaatan Askeskin, dan kurangnya partisipasi warga miskin dalam program kesehatan. Sedangkan faktor eksternal meliputi kurangnya kualitas tenaga kesehatan, kurangnya mutu pelayanan kesehatan, belum tepatnya penempatan tenaga kesehatan, serta minimnya berbagai informasi dan fasilitas kesehatan. Tulisan Sinaga, yang menyoroti pembangunan pendidikan dasar melalui data SAKERTI 2000 dan 2007, menunjukkan maraknya pekerja anak karena anak harus menopang perekonomian keluarga dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya sehari-hari. Fenomena pekerja anak ditemukan, baik pada keluarga miskin maupun kaya yang terjadi tidak hanya di kota, tetapi juga di desa. Dengan demikian, tampak bahwa pada saat ini, tekanan ekonomi dirasakan oleh semua elemen masyarakat.

Dampak yang muncul adalah pencapaian target APM dan angka putus sekolah masih jauh dari target, adanya penurunan nilai rerata UN, dan kurangnya efisiensi dana pendidikan. Tulisan Soewartoyo menunjukkan bahwa pada dasarnya harapan orang tua untuk menyekolahkan anak cukup tinggi, namun faktor eksternal cukup besar memengaruhi pencapaian harapan ini. Dalam kajiannya, Lilik mengatakan bahwa faktor yang memengaruhi pengetahuan perempuan Indonesia terhadap HIV/AIDS adalah pendidikan. Dalam kajiannya, Sumini dan Jevri menjelaskan bahwa perilaku hidup sehat ibu dan kondisi tempat tinggal dapat memengaruhi kualitas kesehatan anak balita di Indonesia. Di wilayah perdesaan, jumlah ibu yang tinggal dalam rumah tanpa dilengkapi sarana sanitasi yang memadai masih relatif banyak. Berangkat dari keenam tulisan dalam edisi ini, tampak bahwa upaya untuk menyejahterakan rakyat melalui program kesehatan dan pendidikan masih jauh dari harapan.

Pengelola

Harapan Orang Tua terhadap Pendidikan dan Pekerjaan Anak: Kajian “Masyarakat Miskin“ di Kabupaten Lombok Barat

Soewartoyo¹

Abstract

The goal of national education programs in Indonesia is education for all. It means that education should be available for all level of communities. To achieve that goal, the government established a policy of 20 percent for education budget in APBN, but some regions have not yet realised this policy. The question is how poor people responded to the policy. The paper will describe how poor people made the approachment for their child education since education is related to the occupation they will have after finishing school. Data is based on the study of PPK-LIPI in Lombok Barat Regency, West Nusa Tenggara. The result shows that poor people have a high expectation towards education, but yet the education can not guarantee the occupation one will have in the future.

Keywords: education, occupation, parents, student

Intisari

Tujuan program pendidikan nasional di Indonesia adalah pendidikan untuk semua. Ini artinya pendidikan seharusnya ditujukan untuk semua lapisan masyarakat. Untuk mencapai tujuan ini, pemerintah menetapkan anggaran 20 persen pada APBN untuk bidang pendidikan, tetapi di beberapa wilayah hal ini belum terealisasi. Pertanyaannya adalah bagaimana respons masyarakat lapisan bawah terhadap kebijakan itu. Tulisan ini menggambarkan bagaimana pendekatan penduduk miskin di perdesaan terhadap pendidikan anaknya karena menurut mereka, pendidikan berhubungan erat dengan lapangan pekerjaan yang akan didapatkan setelah lulus sekolah. Data diambil dari penelitian PPK-LIPI di Kabupaten Lombok Barat, Nusa Tenggara Barat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penduduk miskin mempunyai harapan yang tinggi terhadap pendidikan, tetapi pendidikan ternyata tidak menjamin pekerjaan yang akan didapatkan oleh anak-anaknya di masa depan.

Kata-kata kunci: pendidikan, lapangan pekerjaan, orang tua, murid

Pendahuluan

Arti pendidikan bagi anak adalah proses persiapan diri melalui proses belajar demi masa depan atau kehidupan yang lebih baik. Sekolah sebagai lembaga penyelenggara pendidikan perlu memiliki dasar dan misi yang terkait dengan kepentingan intelektual, emosional, dan spiritual. Konsep TLC (*how to think, how to learn and how to create*) dalam kehidupan pendidikan

harus merupakan pedoman lembaga sekolah untuk mempersiapkan anak dalam kehidupan ke depan. Bagaimana orang tua memaknai konsep tersebut ketika menyekolahkan anak-anaknya? Apakah mereka memercayakan sekolah untuk menyiapkan diri anak demi sebuah pekerjaan di masa depan? Kenyataannya, dalam mempersiapkan diri anak, orang tua tidak dapat memercayakan pendidikan sepenuhnya kepada lembaga pendidikan atau

¹ Peneliti Utama Pusat Penelitian Kependudukan LIPI, Jakarta dan selama lima tahun terakhir penulis melakukan penelitian permasalahan pendidikan.

sekolah. Sebaliknya, keluarga yang menjadi titik sentral dalam pendidikan anak, sedangkan sekolah hanya membantu (J. Drost, 2006).

Pemerintah Indonesia sangat memerhatikan persoalan pembangunan pendidikan ini dan perhatian tersebut semakin meningkat setelah pemerintah menetapkan UU Sisdiknas 2003. Khusus tentang pengembangan pendidikan, pendanaan pendidikan baik di tingkat nasional maupun daerah (20 persen dari APBN atau APBD) juga ditingkatkan. Namun pada kenyataannya, orang tua di berbagai wilayah di Indonesia masih beranggapan bahwa sekolah merupakan tempat harapan bagi orang tua untuk membuat anak pandai, terdidik, dan terampil, sekaligus sebagai tempat untuk mempersiapkan anak masuk dunia kerja. Pendekatan yang sering dipakai untuk menghubungkan harapan orang tua terhadap kesiapan pendidikan untuk anaknya adalah teori modal manusia (*human capital theory*) yang diperkenalkan oleh seorang ahli ekonomi bernama Adam Smith. Teori tersebut mengatakan bahwa investasi terhadap manusia dapat meningkatkan pertumbuhan ekonomi (Tirtosudarmo, 1994: 245). Menurut teori tersebut, mereka yang berpendidikan tinggi akan memiliki penghasilan lebih besar dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan rendah. Berdasarkan konsep tersebut, aspek pendidikan merupakan suatu ranah kehidupan yang terkait dengan bidang ekonomi dan pekerjaan.

Keterkaitan antara pendidikan dan masalah tenaga kerja juga sering dipersoalkan dalam isu *Link and Match*, yakni kaitan dan padanan antara jenis pendidikan dan jenis pekerjaan. Masalah ini dilatarbelakangi oleh semakin terlihatnya modal pendidikan yang dimiliki tenaga kerja tidak selalu sesuai dengan bidang pekerjaan yang ditekuni. Bahkan dalam pasar kerja terjadi ketidaksesuaian (*missmatch*) antara jenis pendidikan dengan jenis pekerjaan yang mengakibatkan munculnya berbagai persoalan. Oleh karena itu, masyarakat termasuk orang tua masih tetap menaruh harapan terhadap lembaga pendidikan untuk dapat menghasilkan anak yang terampil dan berpengetahuan yang

pada akhirnya dapat memperoleh pekerjaan yang sesuai.

Masyarakat juga masih berpandangan bahwa semakin tinggi jenjang pendidikan akan semakin tinggi pula jabatan dan pekerjaan yang dapat diraih seseorang. Bukti ini dapat dilihat dari pola perekrutan Pegawai Negeri Sipil (PNS) bahwa semakin tinggi sertifikat kelulusan seorang pegawai, yang bersangkutan akan menempati/memperoleh golongan yang semakin tinggi juga. Peluang untuk menduduki jabatan atau pekerjaan yang terkait dengan tanggung jawab maupun kewenangan lebih akan dimiliki oleh mereka yang berpendidikan tinggi.

Sejalan dengan era otonomi daerah dan pelaksanaan desentralisasi pendidikan, kabupaten dan kota memiliki tugas dan kewenangannya sendiri untuk merencanakan dan memajukan bidang pendidikan (Soewartoyo, 2002). Sejauh ini, sekolah telah bebas mengelola sistem pendidikannya sendiri. Sistem pendekatan ini disebut dengan *School Based Management System*, yaitu sekolah berkewenangan menyelenggarakan pendidikan sesuai dengan kebutuhan dan kepentingan sekolah dan masyarakat (*stakeholder* sekolah). Melalui konsep manajemen sekolah dan manajemen masyarakat inilah, orang tua siswa diharapkan turut berpartisipasi aktif dalam pengelolaan pendidikan. Namun bagaimana sikap orang tua terkait dengan peran mereka dalam pendidikan terutama pendidikan anak-anaknya? Apakah mereka sudah terlibat dalam manajemen sekolah? Jika sudah, dalam hal apa mereka terlibat? Kemudian yang terpenting adalah mengapa mereka menyekolahkan anak?

Tulisan ini membahas beberapa hal antara lain tentang tingkat dan jenis pendidikan anak seperti yang diharapkan oleh orang tua serta bagaimana orang tua menghubungkan pendidikan dan pekerjaan. Dalam pembahasan ini penulis tidak mengklasifikasikan tingkat pendidikan menurut jenis sekolah umum atau sekolah agama.

Pembahasan dimulai dengan memberikan gambaran sekilas tentang kondisi desa

penelitian dilanjutkan dengan pembahasan tentang kebijakan pemerintah daerah terkait pembangunan di bidang pendidikan. Selanjutnya pembahasan tentang harapan dan keinginan orang tua terhadap pendidikan dan pekerjaan anak serta kondisi pendidikan terkait lingkungan, kondisi budaya dan kemiskinan. Ini perlu mengingat orang tua sebagai anggota masyarakat sangat banyak dipengaruhi oleh lingkungannya, terutama dalam bersikap terhadap dunia pendidikan. Sebagai pelengkap akan dibahas pula hal-hal yang terkait dengan pandangan orang tua (kepala keluarga) terhadap sarana pendidikan yang dianggap memberatkan ketika akan menyekolahkan anak.

Desa Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode survei dan wawancara mendalam (*depth interview*). Responden dalam penelitian ini adalah kepala rumah tangga. Lokasi penelitian adalah dua desa di Kabupaten Lombok Barat yang dipilih secara purposif. Desa pertama dipilih karena desa tersebut berada di kecamatan yang padat penduduknya dan bercorak masyarakat perkotaan, tingkat pendidikan penduduknya rata-rata SLTP, dan mata pencaharian penduduk beragam. Sedangkan desa kedua adalah desa yang dapat dikelompokkan sebagai desa miskin dan mewakili kriteria bercorak perdesaan, tingkat pendidikan penduduknya SD, namun mata pencaharian penduduknya cukup beragam.

Desa yang terpilih sebagai lokasi kajian ialah Desa Gerung Utara dan Desa Jembatan Kembar. Desa Gerung Utara yang mewakili kriteria wilayah perkotaan termasuk wilayah Kecamatan Gerung sekaligus ibukota Kabupaten Lombok Barat. Di desa ini banyak terdapat kantor pemerintah dan fasilitas perkotaan lainnya, seperti pasar, pusat pertokoan, dan rumah sakit. Permukiman di desa ini secara administratif dibagi menjadi 4 pedukuhan yang masing-masing dipimpin oleh kepala dukuh. Dukuh terpadat adalah Dukuh Poh Dana, sedangkan dukuh yang kurang padat adalah Montong Sari. Desa kedua adalah Jembatan

Kembar yang terletak di jalan utama antara Pelabuhan Lembar dan Kota Mataram atau Gerung. Meskipun keberadaannya berbatasan dengan Kota Gerung, kehidupan masyarakatnya cenderung bersifat perdesaan. Desa ini mempunyai 13 pedukuhan yang letaknya berbatasan dengan Kecamatan Sekotong. Kondisi topografinya berupa perbukitan dan bertanah datar dengan sebagian besar penduduknya bermata pencaharian di bidang pertanian.

Kondisi geografis sebuah desa berhubungan erat dengan perkembangan kehidupan sosial ekonomi masyarakatnya. Desa yang cenderung terisolasi memiliki tingkat kehidupan sosial ekonomi yang kurang maju jika dibandingkan dengan desa yang mempunyai akses dengan dunia luar. Demikian juga dalam kaitannya dengan pendidikan masyarakat. Desa yang memiliki sarana transportasi memudahkan akses anak terhadap lembaga pendidikan yang tersedia.

Penduduk di kedua desa penelitian meskipun mempunyai mata pencaharian yang cukup beragam, namun mayoritas masih tergantung dari hasil pertanian. Mayoritas penduduknya beretnis Sasak, disusul etnis Bali dan Jawa. Agama yang mereka anut umumnya adalah agama Islam. Kedua desa penelitian terletak di lokasi yang strategis dan terbuka, yaitu di antara pusat kabupaten dan Pelabuhan Lembar. Namun penduduknya masih relatif terbelakang. Menurut James C. Scott (1976), penduduk yang berbasis pertanian umumnya sulit menerima perubahan karena mereka lebih mementingkan keamanan subsistensi (*safety first*) dan enggan menghadapi risiko (*averse to risk*) dalam hal inovasi kelembagaan, misalnya kehadiran KUD atau lembaga pendidikan di perdesaan.

Sarana Pendidikan dan Partisipasi Sekolah

Berdasarkan buku saku yang dikeluarkan oleh Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Pemerintah Kabupaten Lombok Barat (2007/2008), yang terkait dengan penyelenggaraan sekolah tingkat dasar adalah Sekolah Taman Kanak-kanak (TK), Sekolah Dasar (SD), termasuk SLB tingkat SD

dan Sekolah Menengah Pertama (SMP) beserta SLB tingkat SMP. Kemudian di luar sekolah tersebut masih ada penyelenggaraan pendidikan yang berada di lingkungan kantor Departemen Agama, seperti Madrasah dan pondok pesantren.

Secara rinci, data jumlah sekolah pada tahun ajaran 2007/2008 di Kabupaten Lombok Barat sebagai berikut. Pada tingkat TK, terdapat 4 TK negeri, 2 di antaranya berada di Kecamatan Gerung, satu di Lingsar dan satu lainnya di Kecamatan Tanjung. Terdapat pula 68 TK swasta yang tersebar di seluruh kecamatan di Kabupaten Lombok Barat. Kecamatan Narmada memiliki 10 TK, merupakan kecamatan dengan jumlah TK terbanyak di antara semua kecamatan. Hanya terdapat 1 SLB negeri setingkat TK di Kecamatan Lingsar. Pada tingkat SD, terdapat 446 SD negeri yang tersebar di semua kecamatan, sedangkan SD swasta berjumlah 3 yang berada di Kecamatan Gunung Sari dan Kecamatan Batu Layar. Adapun SLB setingkat SD berjumlah 2, yakni satu berada di Kecamatan Lingsar dan lainnya berada di Kecamatan Bayan. Pada tingkat SMP, terdapat 48 SMP negeri dan 11 SMP swasta. Dari sejumlah SMP tersebut, yang terbanyak berada di Kecamatan Lingsar, yaitu 5 SMP negeri dan 1 SMP swasta, disusul di Gerung, yaitu 4 SMP negeri dan 1 SMP swasta. Selain itu, terdapat pula 2 SLB setingkat SMP.

Umumnya sekolah-sekolah di atas dalam kondisi dapat digunakan untuk proses belajar-mengajar. Namun beberapa ruangan kelas memerlukan perbaikan karena sebagian besar sekolah tersebut telah lebih dari 10 tahun berdiri.

Kondisi yang menjadi tolok ukur untuk melihat perkembangan penuntasan wajib belajar sembilan tahun adalah angka partisipasi kasar (APK) dan angka partisipasi murni (APM). APK adalah angka partisipasi sekolah penduduk tanpa memperhitungkan usia sekolah. Cara penghitungannya adalah jumlah penduduk yang sedang berstatus sekolah pada jenjang tertentu dibagi dengan jumlah penduduk usia sekolah pada jenjang sekolah tertentu. APM dihitung dari

jumlah penduduk usia sekolah dan sedang bersekolah dibagi jumlah penduduk usia sekolah yang baik pembilang maupun penyebutnya berada pada jenjang tertentu. Selain APK dan APM, angka transisi dari sekolah dasar ke sekolah menengah pertama sering juga digunakan untuk melihat capaian pendidikan di suatu daerah.

Data dari Dinas Pendidikan Provinsi NTB (2007) menunjukkan bahwa pada jenjang pendidikan SD di Kabupaten Lombok Barat, APK yang dicapai adalah 110,22 persen untuk penduduk laki-laki dan 97,04 persen untuk penduduk perempuan. Sedangkan pada jenjang pendidikan SMP, APK yang dicapai adalah 98,52 persen untuk laki-laki dan 86,27 persen untuk perempuan. Untuk tingkat provinsi, angka ini di bawah APK, baik laki-laki maupun perempuan pada jenjang pendidikan SD, sedangkan pada jenjang SMP hanya APK laki-laki yang lebih tinggi. Kemudian Angka Partisipasi Murni (APM) pada jenjang pendidikan SD dan MI adalah 97,44 persen, sedangkan pada jenjang pendidikan SMP dan MTs adalah 80,54 persen. AMP di Kabupaten Lombok Barat ini ternyata lebih baik dibandingkan dengan Provinsi NTB, yaitu untuk SD dan MI adalah 97,19 persen dan untuk SMP dan MTs adalah 69,60 persen. Persebaran penduduk terbesar pada usia sekolah dasar 7-12 tahun di Kabupaten Lombok Barat sebagai berikut. Di Kecamatan Narmada sejumlah 10.526 jiwa, di Kecamatan Gunungsahari sejumlah 9.320 jiwa, dan di Kecamatan Sekotong sejumlah 9.125 jiwa. Jumlah penduduk usia sekolah dasar terkecil adalah di Kecamatan Kuripan (4.113 jiwa) dan Pamenang (4.637 jiwa).

Otonomi daerah dan desentralisasi pendidikan telah menjadi program politik pemerintah saat ini. Pemerintah pusat tidak lagi sentralistis mengurus pendidikan, bahkan daerah kabupaten kota menjadi tumpuan untuk menjawab tuntutan masyarakat terhadap kebutuhan bidang pendidikan di daerahnya. Masyarakat berharap kondisi pendidikan akan lebih baik, lebih otonom, dan secara ekonomi meringankan beban orang tua serta bersifat toleran dan plural. Di samping

itu, pendidikan juga merupakan sarana pencerdasan bangsa.

Dalam upaya meningkatkan angka partisipasi sekolah, telah banyak program digulirkan melalui wilayah institusi sekolah di NTB. Upaya ini bukan saja dari aspek kuantitas, seperti penuntasan program wajar, tetapi juga upaya pada peningkatan mutu pendidikan. Beberapa program pembangunan pendidikan di NTB pada 2006 meliputi: 1. perluasan dan peningkatan mutu TK; 2. rehabilitasi pembangunan gedung negara; 3. perluasan dan peningkatan mutu SD; 4. perluasan dan peningkatan mutu PLB; 5. peningkatan mutu pembelajaran SMP; 6. Bantuan Operasional Sekolah; 7. pengembangan sistem dan standar pengelolaan SMK; 8. perluasan dan peningkatan mutu SMU; 9. pengembangan pendidikan pada usia dini; 10. pendidikan nonformal; 11. penuntasan wajar pendidikan sembilan tahun; dan 12. peningkatan mutu guru. Sejumlah program pembangunan pendidikan di NTB yang dianggarkan diperkirakan mencapai biaya sekitar Rp 547 miliar, dan program pendidikan yang paling besar menyedot anggaran adalah dana Bantuan Operasional Sekolah (BOS) sebesar Rp339.682.409,00.

Dalam pencapaian tingkat partisipasi pendidikan dan peningkatan mutu sekolah, pemerintah Kabupaten Lombok Barat telah banyak melakukan upaya, seperti pembebasan biaya sekolah bagi murid tidak mampu dan peningkatan kemampuan SDM guru melalui berbagai program pelatihan. Kondisi perkembangan pendidikan di Lombok Barat saat ini cenderung meningkat secara linier seperti data yang telah dikutip di atas.

Perkembangan angka partisipasi pendidikan di Kabupaten Lombok Barat cukup signifikan. Pada tahun 2000, Angka Partisipasi Murni (APM) tingkat SD 87,84 dan meningkat menjadi 92 pada 2004 dan 94,86 pada 2006. Kemudian untuk tingkat SLTP sederajat tahun 2000 sebesar 48,76 menjadi 52,49 tahun 2004 dan APK tahun 2006 sebesar 76,52. Kecamatan Gerung mempunyai APM untuk SD sebesar 99,44, termasuk tertinggi setelah Kecamatan Gunung Sari. APJM SD di Kecamatan Lembar adalah

93,78, relatif berada pada kondisi menengah dalam capaian tersebut (Handayani, dkk., 2006: 34). Keberhasilan pencapaian partisipasi pendidikan ini terjadi baik di sekolah swasta maupun sekolah negeri.

Terkait dengan usaha meningkatkan mutu sekolah, beberapa program telah digulirkan untuk peningkatan kualitas guru. Salah satunya adalah memberikan insentif kepada guru sebagai tambahan pendapatan di sekolah negeri maupun sekolah swasta. Uang yang dianggarkan oleh pemerintah daerah untuk membantu kesejahteraan guru dianggap masih kecil. Namun hal ini setidaknya sudah menunjukkan bahwa pemerintah peduli terhadap sektor pendidikan dan bersemangat memerhatikan bidang pendidikan.

Anggaran yang dialokasikan untuk peningkatan kesejahteraan praktisi pendidikan menjadi bagian dari upaya peningkatan SDM pendidikan. Selain anggaran untuk *capacity building* SDM, bantuan terkait sarana dan prasarana pendidikan juga perlu diperhatikan. Hal ini mengingat bahwa masih banyak kondisi sarana prasarana sekolah sebagai sarana penunjang kegiatan sekolah yang perlu diperbaiki dan dilengkapi. Sumber anggaran untuk peningkatan fasilitas, sarana dan prasarana pendidikan ini dapat berasal dari pemerintah kabupaten, pemerintah provinsi atau pemerintah pusat. Anggaran untuk sekolah ini, misalnya rehabilitasi atau perbaikan gedung sekolah yang kondisinya sudah tidak layak, maka perbaikan atau renovasi gedung menjadi prioritas dalam program anggaran kabupaten karena jika menunggu anggaran dari pusat akan butuh waktu yang lama untuk prosesnya. Dilihat dari sisi program, pemerintah kabupaten tampaknya memberikan prioritas kepada peningkatan tingkat kesejahteraan praktisi sekolah karena tanpa ada peningkatan kesejahteraan ekonomi guru tampaknya akan sulit dicapai kualitas mengajar yang baik. Hal ini jelas akan berdampak terhadap mutu pendidikan siswa. Pertimbangan mengapa guru perlu diperhatikan diungkapkan oleh kepala Dinas Pendidikan setempat sebagai berikut.

“kemampuan mengajar dari guru-guru di Lombok Barat kurang memadai, demikian juga insentif yang diterima terutama dari sekolah swasta misalnya kurang mencukupi. Maka tahun 2006 ini pemerintah daerah telah memberikan insentif kepada guru baik swasta maupun tambahan untuk guru negeri. Dalam meningkatkan kualitas juga diberikan bantuan anggaran untuk melaksanakan pelatihan manajemen bagi Madrasah.”

Berkaitan dengan hal ini, sebetulnya pemerintah daerah di era otonomi daerah ini memiliki tugas melakukan pembinaan dan pemberdayaan sekolah. Pemerintah bertanggung jawab memberikan pelayanan pendidikan yang bermutu kepada masyarakat melalui peningkatan kualitas lembaga pendidikan.

Pembangunan Manusia di Lombok Barat

Perkembangan pembangunan manusia merupakan salah satu ukuran keberhasilan pembangunan di suatu negara atau daerah. Komponen indeks pembangunan manusia (IPM) dihitung dari hasil perhitungan indeks dimensi kesehatan, pendidikan, dan kemampuan daya beli (ekonomi). Tingkat pendidikan diukur antara lain dengan melihat angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah penduduk (*mean years of schooling*). Pada kurun waktu 2000–2004 misalnya, indeks pembangunan manusia khususnya Kabupaten Lombok Barat, Nusa Tenggara Barat, telah mengalami peningkatan yang berarti. Tahun 2000 angka IPM Kabupaten Lombok Barat adalah 56,04 dan meningkat menjadi sekitar 65,64 tahun 2004. Salah satu faktor utama yang memengaruhi peningkatan angka IPM tersebut adalah faktor daya beli yang diperkirakan meningkat setiap tahun dan terjadinya peningkatan dalam hal perbaikan pendidikan walaupun masih lamban.

IPM Lombok Barat tampak mengalami peningkatan, khususnya dalam pendidikan yang tampak pada angka lama sekolah hanya 4,25 tahun pada 2000 dan meningkat menjadi 7 tahun pada 2005. Oleh karena itu, Kabupaten Lombok

Barat masih terus-menerus mengembangkan dan membangun bidang pendidikan untuk mencapai kondisi wajar 9 tahun. Ada dua faktor penting yang mendorong peningkatan jumlah penduduk mulai terdidik di Kawasan Timur Indonesia termasuk NTB. *Pertama*, makin tingginya tingkat pendidikan dari setiap *cohort* kelompok usia yang memasuki lapangan kerja sejak tahun 1950. *Kedua*, adanya kebijakan pemerintah yang menjamin perluasan sistem pendidikan yang ada, terutama mengubah tingkat transisi dasar dari pendidikan dasar ke pendidikan menengah.

Kualitas pembangunan manusia, terutama yang terkait dengan aspek pendidikan dan pengetahuan, bukan saja perlu diukur dengan pencapaian tingkat pendidikan formal, tetapi perlu dilihat kemampuan pengetahuan nyata manusia. Kemampuan pengetahuan akan meningkatkan wawasan dan keterampilan seseorang. Oleh karena itu, salah satu ukuran yang ditawarkan dalam indeks pembangunan manusia adalah angka melek huruf. Kecamatan yang berada di sekitar Kota Mataram (sebagai ibukota kabupaten) memiliki angka melek huruf yang lebih tinggi dibandingkan dengan kecamatan yang berada jauh dari wilayah perkotaan. Kondisi angka melek huruf di Kecamatan Labuapi, Kecamatan Pemeneng, dan Kecamatan Narmada sudah cukup baik. Sementara itu, Kecamatan Kayangan dan Bayan yang lokasinya jauh dari Kota Mataram mempunyai angka melek huruf yang paling rendah. Penjelasan lebih lanjut dapat dilihat Tabel 2.

Era otonomi daerah merupakan peluang daerah untuk membenahi kondisi yang ada sesuai dengan keinginan masyarakat lokal, termasuk juga dalam bidang pendidikan. Masyarakat mengharapkan adanya kondisi pendidikan yang lebih baik dan biaya pendidikan yang lebih murah yang dapat meringankan beban orang tua. Otonomi pendidikan dan desentralisasi pendidikan juga sudah menjadi program politik pemerintah hingga saat ini. Pemerintah pusat tidak lagi sentralistis meng-

Tabel 1
Perkembangan Komponen IPM di Lombok Barat

| Tahun | Angka Melek huruf | Lama Sekolah | Kesehatan Harapan Hidup | Usia | Kemampuan Daya Beli |
|-------|-------------------|--------------|-------------------------|------|---------------------|
| 2000 | 67,34 | 4,52 | 58,20 | | 595.068 |
| 2001 | 70,88 | 5,05 | 58,60 | | 598.950 |
| 2002 | 73,40 | 5,48 | 59,41 | | 623.217 |
| 2003 | 76,01 | 5,95 | 60,08 | | 648.466 |
| 2004 | 78,71 | 6,46 | 60,61 | | 674.739 |
| 2005 | 81,85 | 7,01 | 61,14 | | 702.076 |

Sumber: Pemkab Lombok Barat. 2005. Nota Kesepakatan, Arah Kebijakan Umum APBD

urus pendidikan, bahkan daerah kabupaten/kota menjadi tumpuan untuk menjawab tuntutan masyarakat terhadap kebutuhan bidang pendidikan bagi daerah.

Pendidikan dan Kemiskinan

Latar belakang kondisi sosial ekonomi masyarakat dapat berpengaruh terhadap tinggi rendahnya partisipasi pendidikan (Toyamah dan Usman, 2004). Latar belakang kondisi sosial tentu saja tidak berjalan sendiri memengaruhi pendidikan, tetapi ada beberapa faktor lain yang turut andil di dalamnya. Faktor lain dalam pencapaian pendidikan itu adalah seperti tersedianya sistem dan manajemen pendidikan yang baik serta tersedianya sarana prasarana dan kondisi geografis yang mendukung (Handayani, dkk., 2006). Namun hal yang sering kurang mendapat perhatian adalah faktor persepsi dan keinginan masyarakat yang merupakan faktor yang terkait erat dengan tata nilai dan karakteristik masyarakat (Goldhorpe, et.al., 1980).

Kehidupan masyarakat di wilayah penelitian (Kecamatan Gerung dan Kecamatan Lembar, Kabupaten Lombok Barat) sebagian besar tergantung pada sektor pertanian. Lahan pertanian sawah cukup luas, baik di Desa Jembatan Kembar maupun Gerung Utara, yang oleh penduduk ditanami padi dan palawija. Masyarakat petani umumnya hidup tergantung dari penggarapan lahan, namun tidak semua penduduk di daerah ini menguasai tanah yang cukup luas. Lebih banyak penduduknya yang

hidup dari menjadi buruh tani. Berdasarkan hasil wawancara dengan penduduk setempat diketahui bahwa banyak penduduk menggarap lahan orang lain dan upahnya dihitung secara harian sehingga jarang para buruh tani memperoleh imbalan dengan cara borongan. Namun ada juga penduduk yang hidup dari menggarap lahan pertanian dengan sistem bagi hasil serta ada juga yang menguasai tanah dari sistem sewa dan gadai.

Dilihat dari aspek ekonominya, yang sebagian besar penduduk mempunyai mata

Tabel 2
Persentase Penduduk 15 Tahun ke Atas menurut Kemampuan Baca Tulis dan Kecamatan Tahun 2002

| Kecamatan | Melek huruf | Buta huruf |
|------------|-------------|------------|
| Sekotong | 61,69 | 38,31 |
| Lembar | 71,57 | 28,43 |
| Gerung | 72,46 | 27,54 |
| Labuapi | 77,33 | 22,67 |
| Kediri | 81,25 | 18,75 |
| Kuripan | 66,32 | 33,68 |
| Narmada | 77,61 | 22,39 |
| Lingsar | 64,71 | 35,29 |
| Gunungsari | 72,89 | 27,11 |
| Batulayar | 63,16 | 36,84 |
| Pemeneng | 77,94 | 22,06 |
| Tanjung | 63,27 | 36,73 |
| Gangga | 66,95 | 33,05 |
| Kayangan | 60,61 | 39,39 |
| Bayan | 58,30 | 41,70 |

Sumber: Pemkab Lombok Barat. 2005. Nota Kesepakatan, Arah Kebijakan Umum APBD

pencaharian sebagai buruh tani, hasilnya belum dapat dikatakan cukup untuk menjangkau kebutuhan sekunder, seperti untuk biaya pendidikan pada tingkat lanjut (atas). Masyarakat justru mengatakan bahwa sebagian besar mereka termasuk kelompok miskin. Pernyataan ini diperkuat dengan jenis bantuan yang diterima oleh penduduk dari kedua wilayah desa sampel yang menjadi responden. Hampir 60 persen penduduk desa tersebut termasuk miskin karena memperoleh bantuan langsung tunai dan bantuan beras miskin. Utami Munandar (1998) menyatakan bahwa anak yang hidup dalam kondisi kemiskinan dan malnutrisi memiliki risiko perkembangan mental, intelektual, dan emosional sosial lambat. Oleh karena itu, kondisi kemiskinan dalam keluarga tidak seharusnya diperberat dengan biaya pendidikan bagi anak-anaknya.

Penduduk yang bekerja di luar pertanian sangat dipengaruhi oleh keberadaan Pelabuhan Lembar. Jarak Gerung dan Pelabuhan Lembar adalah sekitar 15-20 km dan sangat mudah ditempuh dengan kendaraan umum. Mengingat letak geografis desa tersebut berada di antara jalan raya Pelabuhan Lembar dan Kota Mataram, sejumlah orang melakukan aktivitas buruh angkut di pelabuhan tersebut. Di samping itu, juga ada beberapa usaha pertokoan meskipun sebagian pemiliknya adalah pendatang sedangkan penduduk asli bekerja sebagai buruh atau pelayan toko. Karena letak Kecamatan Gerung dan Jembatan Kembar tidak jauh dengan Kota Mataram, maka banyak penduduk di sini juga menjadi buruh jasa perdagangan dan perhotelan di Mataram.

Sebagian penduduk juga ada yang bekerja sebagai pembantu rumah tangga maupun pekerja harian di rumah beberapa orang yang dipandang berada. Penduduk yang mempekerjakan mereka umumnya adalah pekerja kantor, baik negeri maupun swasta. Pekerjaan pembantu rumah tangga yang mereka lakukan umumnya adalah buruh mencuci pakaian, menunggu rumah, mengasuh anak majikan, dan/atau pekerjaan rumah tangga lainnya.

Selain itu, ada juga dari penduduk di dua desa tersebut yang bekerja sebagai TKI dan TKW ke luar negeri. Sebagian dari TKI dan TKW yang bekerja di luar negeri tersebut mengirimkan penghasilannya ke kampung halaman (*remittance*). Mereka yang berhasil dapat memperbaiki keadaan ekonomi rumah tangga yang ditinggalkan, tetapi ada juga yang belum dapat memperbaiki keadaan ekonomi rumah tangganya. Bahkan menurut pengamatan dan wawancara, beberapa TKW mendapat masalah keluarga ketika pulang di tanah kelahirannya, seperti suami kawin lagi. Lokasi penelitian ini bukan desa yang terbanyak mengirimkan tenaga kerja ke luar negeri karena hanya sebagian penduduk Desa Gerung Utara dan Jembatan Kembar yang bekerja ke luar negeri. Desa utama yang menjadi pengirim TKI dan TKW adalah Desa Kebun Ayu, Kecamatan Gerung dan umumnya bekerja ke Malaysia.

Faktor kehidupan sosial masyarakat di sini dilatarbelakangi oleh mata pencahariannya yang banyak tergantung dari lahan pertanian. Namun lahan pertanian dan juga lahan pekarangan di sekitar rumah telah menyempit karena proses pertumbuhan penduduk alami. Proses

Tabel 3
Persentase Kepala Keluarga menurut Jenis Bantuan yang Diterima

| Keterangan | BLT | | Gakin | | Lain-lain | |
|------------|-----|-------|-------|-------|-----------|-------|
| | | % | | % | | % |
| Ya | 183 | 59,4 | 183 | 59,4 | 12 | 3,9 |
| Tidak | 125 | 40,8 | 125 | 40,8 | 296 | 96,1 |
| Jumlah | 308 | 100,0 | 308 | 100,0 | 308 | 100,0 |

Sumber: Data primer survei pendidikan 2007 (PPK-LIPI)

perkembangan penduduk secara alami, misalnya, adalah peristiwa perkawinan penduduk yang memberikan keturunan. Generasi penduduk yang lebih tua akan menurunkan warisan, baik rumah maupun tanah pekarangan serta lahan sawah. Pada kenyataannya, luas lahan tersebut harus dibagi pada keturunannya sehingga tiap anak mendapat luas lahan yang tidak begitu besar. Sempitnya pemilikan lahan berakibat terhadap terbatasnya peluang kerja dan pendapatan dari pengolahan lahan pertanian. Jumlah penduduk yang meningkat tampaknya juga belum diimbangi dengan ketersediaan lapangan pekerjaan, terutama di luar sektor pertanian.

Dampak lain adalah perlunya mencari alternatif lapangan pekerjaan lain di luar sektor pertanian. Hal ini bukan saja berarti sulitnya mencari mata pencaharian, tetapi juga melemahkan kemampuan kehidupan sosial ekonomi keluarga. Kesulitan ekonomi rumah tangga merupakan aspek yang perlu segera dicari solusinya dan karenanya, pekerjaan itu harus segera diciptakan dan dicari. Sebetulnya lahan pertanian adalah lahan pekerjaan yang paling mudah dimasuki oleh pencari kerja, tetapi sempitnya lahan menyebabkan hari kerja juga tidak maksimal. Berikut adalah ilustrasi pengerjaan lahan di desa sampel. Lahan tanah seluas 100 m² misalnya, dikerjakan oleh tenaga kerja rumah tangga untuk seminggu hari kerja, tetapi dapat terselesaikan hanya dalam 3 hari sehingga hari berikutnya mereka menganggur. Kondisi ini disebabkan oleh surplus tenaga kerja yang tidak berketerampilan di perdesaan maupun dalam keluarga sendiri. Hal ini terungkap di dalam FGD maupun pengamatan langsung (observasi).

Sempitnya penguasaan lahan dan perumahan di Desa Jembatan Kembar ditunjukkan pula dengan banyaknya rumah tangga yang hanya menguasai atau tinggal di satu kamar petak. Hal ini karena satu rumah tangga dihuni oleh beberapa keluarga yang masih dalam keturunan orang tua yang sama. Pada kenyataannya banyak penduduk yang memiliki anak lebih dari dua, bahkan ada yang lebih dari

3. Jadi faktor sosial kekerabatan dan hidup bersama keluarga besar masih kuat di dalam kehidupan masyarakat Jembatan Kembar dan Gerung. Di Gerung, penduduknya telah memulai hidup tidak hanya bergantung pada lahan pertanian, tetapi sudah mempunyai pekerjaan sampingan lainnya.

Harapan Orang Tua terhadap Pendidikan dan Pekerjaan Anak

Riwanto Tirtosudarmo (1996: 290) mengemukakan bahwa ada perbedaan antara persepsi dan aspirasi. Aspirasi merupakan penilaian seseorang (masyarakat=orang tua) yang belum terjadi sehingga pertanyaan yang terkait dengan aspirasi adalah pertanyaan untuk menggali harapan-harapan terpendam. Pada kesempatan ini pertanyaan yang diajukan kepada orang tua terkait dengan harapan-harapan mereka terhadap pendidikan anak dan pekerjaan yang sebetulnya diharapkan. Pertanyaan ini tidak hanya berlaku untuk orang tua yang anaknya masih atau sedang bersekolah, tetapi juga bagi orang tua yang anaknya sudah tidak bersekolah lagi. Hasilnya secara umum adalah bahwa pekerjaan yang mereka jalani sekarang tidak sesuai dengan harapan.

Anak merupakan aset keluarga dan semua anak di Indonesia merupakan aset bangsa. Mereka perlu memperoleh kesempatan untuk tumbuh dan berkembang. Namun tidak semua anak mampu tumbuh dan berkembang dengan kesempatan mengenyam pendidikan (Irwanto, 1998). Mereka umumnya terhambat oleh kemiskinan dan masalah dalam keluarga. Bahkan banyak anak yang meninggalkan bangku sekolah untuk bekerja menutupi kebutuhan ekonomi. Meskipun sarana dan prasarana pendidikan tersedia, pendidikan tidak akan mencapai hasil yang diharapkan jika kurang direspons oleh masyarakat. Kebiasaan tidak ingin menyekolahkan anak dapat saja terjadi pada masyarakat desa yang terisolasi. Puluhan tahun yang lalu banyak penduduk desa yang masih menganggap bahwa bekerja di lahan pertanian merupakan kesempatan untuk memenuhi kekurangan tenaga kerja. Namun

kebiasaan itu lambat laun telah bergeser dengan menganggap bahwa pendidikan merupakan tumpuan kehidupan anak di masa depan.

Seperti telah disebutkan terlebih dulu, teori modal manusia (*human capital theory*) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif antara pendidikan (tingkat dan bidang) dengan kemajuan ekonomi di suatu negara atau daerah. Masalah ekonomi erat terkait dengan persoalan pekerjaan. Investasi pendidikan pada praktiknya memerlukan biaya besar dan waktu yang panjang. Sudah sewajarnya ketika masyarakat mengharapkan hasil yang maksimal juga untuk pendidikan anaknya. Oleh karena itu, untuk membahas harapan pendidikan anak dan juga harapan pekerjaan, perlu dibicarakan juga masalah ketersediaan sarana pendidikan dan latar belakang masyarakat secara umum.

Hasil diskusi kelompok menunjukkan bahwa kondisi pendidikan di dua desa ini sedang berproses menuju perkembangan. Masyarakat mulai menyadari pentingnya pendidikan dalam kehidupan masyarakat, seperti dinyatakan oleh seorang tokoh masyarakat setempat bahwa pendidikan akan mempermudah seseorang memperoleh pekerjaan. Tampaknya pendapat itu didukung oleh beberapa peserta diskusi yang lain. Pendidikan dianggap oleh sebagian orang tua akan dapat memperbaiki nasib anak-anaknya sehingga tidak seperti orang tuanya yang bodoh. Pandangan masyarakat setempat tersebut tentu saja akan menjadi stimulan atau pendorong untuk memahami pentingnya pendidikan. Pendidikan juga dianggap sebagai hal penting untuk anak-anaknya meraih masa depan dan hal yang baik bagi lingkungannya. Pemahaman positif terhadap pendidikan tentu saja menjadi pendorong masyarakat untuk berpartisipasi menyekolahkan anak. Kondisi ini memang dapat dibuktikan dengan semakin besarnya angka partisipasi murni pendidikan di Kabupaten Lombok Barat.

Telah terjadi pergeseran pandangan masyarakat di daerah penelitian apabila dibandingkan dengan keadaan 10 tahun lalu. Seorang mantan kepala dusun menyatakan bahwa sekolah

memerlukan biaya yang besar, padahal orang tua memiliki tanah yang cukup luas untuk digarap sehingga sebaiknya anak dipekerjakan di lahan pertanian tersebut. Pernyataan ini menunjukkan bahwa anak merupakan sumber daya tenaga kerja yang bernilai dalam keluarga untuk mengerjakan tanah. Budaya pertanian agaknya menyebabkan pola pikir masyarakat menjadi sederhana dan hanya memikirkan bekerja untuk hari ini saja. Melakukan investasi atau berpikir jauh ke depan belum tersirat dalam benak mereka waktu itu. Namun Daniel Suryadarma, dkk. (2006) menyatakan bahwa pada keluarga muslim, faktor tingkat kesejahteraan rumah tanggalah yang berpengaruh terhadap masalah pendidikan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar kepala keluarga tidak menyekolahkan anaknya yang berusia 6-18 tahun karena biaya pendidikan dianggap mahal dan tidak terjangkau bagi mereka. Sebanyak 62,7 persen dari 59 kepala keluarga yang memiliki anak usia tersebut tidak menyekolahkan anaknya lagi. Namun muncul juga jawaban lainnya yang menyatakan bahwa kemampuan anaknya untuk belajar telah berkurang dan mereka menginginkan anaknya cepat bekerja. Gambaran tersebut memperlihatkan bahwa biaya pendidikan masih dianggap terlalu mahal. Oleh karena itu, kebijakan untuk meringankan biaya atau menghapus sama sekali biaya pendidikan untuk sekolah dasar merupakan kebijakan yang semestinya dilakukan. Kebijakan ini dimaksudkan untuk lebih mendorong peningkatan partisipasi sekolah. Di lain pihak, sarana pendidikan sekarang yang sudah banyak tersedia relatif tidak jauh dengan permukiman warga. Sarana pendidikan saat ini sudah lebih baik daripada 10 tahun lalu yang masih terbatas.

Pendidikan tampak berkembang dalam 10 tahun terakhir, khususnya di tingkat dasar (SD, SLTP, MI, dan Mts) karena adanya program bantuan pendidikan dari pemerintah. Bahkan bantuan tersebut bukan saja kepada sekolah negeri, tetapi juga sekolah swasta, termasuk pondok pesantren.

Tabel 4
Distribusi Responden menurut Harapan
Jenjang Pendidikan Anak

| Pendidikan | Nominal | % |
|------------------------------|---------|------|
| Pendidikan menengah pertama | 4 | 0,6 |
| Pendidikan menengah umum | 113 | 16,3 |
| Pendidikan menengah kejuruan | 113 | 16,3 |
| Diploma/akademi | 117 | 16,9 |
| Sarjana | 345 | 49,9 |
| Total | 692 | 100 |

Sumber: Data primer survei pendidikan 2007 (PPK-LIPI)

Di dalam suatu harapan terkandung juga sebuah cita-cita atau kehendak yang ingin dicapai oleh seseorang. Jika ditanya, sebagian besar orang tua (50 persen) berharap dapat menyekolahkan anaknya hingga sarjana. Sebagian responden (16,3 persen) juga menaruh minat pada sekolah menengah kejuruan. Gambaran ini tentu saja mengindikasikan bahwa tidak semua orang di daerah ingin menyekolahkan anaknya ke jenjang pendidikan tinggi. Dari sini tampak bahwa masyarakat juga tidak bermimpi terlalu jauh, tetapi mengukur harapannya dengan kemampuan mereka. Yang menarik adalah hampir tidak ada yang berharap hanya akan menyekolahkan anaknya sampai tingkat SMP saja. Ini memperkuat anggapan bahwa Sekolah Menengah Atas merupakan jenjang pendidikan minimal yang harus ditempuh jika ingin memasuki dunia kerja.

Anggota keluarga usia sekolah yang tidak bersekolah pada saat dilakukan pencacahan ada yang telah lulus, tetapi tidak melanjutkan sekolah ke jenjang yang lebih tinggi, serta ada juga yang putus sekolah sebelum lulus karena alasan tertentu. Anggota keluarga ini kemudian ada yang bekerja, mencari pekerjaan atau bahkan menganggur.

Tabel 5 menunjukkan jenjang pendidikan yang telah ditamatkan atau pernah dijalani oleh anak usia 6 sampai 21 tahun di desa penelitian. Pada umumnya mereka menamatkan pendidikan di jenjang sekolah dasar. Semakin tinggi jenjang pendidikan, semakin sedikit anak yang

menyelesaikan jenjang pendidikan tersebut. Ini artinya semakin tinggi jenjang pendidikan, semakin tidak diikuti oleh sebagian besar anak-anak di daerah penelitian. Partisipasi pendidikan di tahun-tahun sebelumnya masih belum terlihat, setidaknya hal ini terjadi sekitar 10 tahun yang lalu. Jika dibandingkan antara harapan orang tua dan kenyataan yang ada, tampak ada perbandingan terbalik. Harapan orang tua agar anaknya mencapai pendidikan sarjana adalah 49,9 persen, tetapi ternyata tidak ada sama sekali yang mencapai tingkat sarjana. Justru 50 persen responden adalah mereka yang hanya mengenyam pendidikan tingkat sekolah dasar.

Kemudian orang tua yang berharap menyekolahkan anaknya pada tingkat pendidikan umum di sekolah menengah adalah 16 persen, tetapi kenyataannya hanya dijalani oleh sekitar 5 persen atau sepertiganya dari yang diharapkan orang tua. Jumlah responden yang sama mengharapkan anaknya bersekolah di sekolah umum dan sekolah kejuruan walaupun persentase untuk sekolah kejuruan sedikit lebih besar. Kemungkinan ini disebabkan oleh keinginan mereka yang bersekolah di sekolah kejuruan untuk langsung masuk ke pasar kerja dan tidak ingin melanjutkan sekolahnya lagi.

Harapan Pendidikan Berdasarkan Perbedaan Suku Bangsa dan Kemiskinan

Isu kemiskinan penting untuk dikemukakan karena kemiskinan menunjukkan ketidakberdayaan masyarakat dalam semua aspek kehidupan. Kemiskinan akan berpengaruh terhadap buruknya tingkat kesehatan dan pendidikan. Kemiskinan juga akan berpengaruh terhadap ketidakberhasilan suatu program maupun kebijakan pemerintah. Oleh karena itu, kemiskinan merupakan masalah yang harus menjadi fokus perhatian utama dan segera diantaskan sehingga dicapai masyarakat yang sejahtera sesuai dengan tujuan pembangunan nasional.

Kemiskinan juga berpengaruh terhadap persepsi dan sikap masyarakat terhadap harapan pendidikan. Semakin sebuah desa

Tabel 5
Distribusi Responden menurut
Tingkat Pendidikan yang Pernah Ditempuh
Anggota Rumah Tangga Usia 6 ke Atas

| Pendidikan yang Pernah Ditempuh | Nominal | % |
|---------------------------------|---------|------|
| SD | 322 | 50,2 |
| SMP | 93 | 14,5 |
| SMA umum | 146 | 5,0 |
| SMA kejuruan | 32 | 4,2 |
| Mts | 5 | 0,8 |
| MA | 12 | 1,9 |
| Lainnya | 4 | 0,7 |
| Total | 641 | 100 |

Sumber: Data primer survei pendidikan 2007 (PPK-LIPI)

dikategorikan miskin, diperkirakan tidak ada keinginan orang tua untuk menyekolahkan anak. Hal ini karena anak dapat saja dianggap sebagai faktor produksi penyangga kehidupan ekonomi. Desa miskin diindikasikan dengan jumlah penerima bantuan program pengentasan kemiskinan (dalam hal ini bantuan langsung tunai atau BLT) yang relatif banyak. Semakin besar penduduk yang menerima BLT, maka desa tersebut termasuk kategori desa miskin. Pertanyaan yang terkait dengan harapan orang tua terhadap pendidikan adalah perbedaan harapan antara mereka yang menerima bantuan dan yang tidak.

Analisis keterkaitan antara suku bangsa dengan harapan pendidikan juga akan dilakukan karena pendidikan kemungkinan ditafsirkan secara berbeda antarsuku bangsa. Seperti telah diketahui bahwa pendidikan teramat penting untuk kehidupan di masa depan, tetapi suku bangsa tertentu mungkin mempunyai pandangan yang berbeda terhadap pentingnya pendidikan. Mereka dapat saja beranggapan bahwa pendidikan justru menjadi beban keluarga. Oleh karena itu, dimensi kemiskinan dan etnisitas yang digunakan untuk melihat perbedaan harapan orang tua terhadap pendidikan akan memberikan gambaran menarik. Namun karena jumlah sampel yang tidak sama dari setiap etnis (suku bangsa),

perbedaan angka/persentase secara statistik tidak dapat merepresentasikan kondisi yang sebenarnya. Angka yang ada paling tidak dapat digunakan sebagai gambaran secara umum.

Tabel 6 menunjukkan proporsi responden berdasarkan tingkat kemiskinan dan etnisitas terkait dengan harapan orang tua terhadap pendidikan anaknya. Tampak bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara penerima BLT dan bukan penerima BLT terkait dengan harapan orang tua terhadap pendidikan anaknya. Umumnya responden menginginkan anak-anaknya dapat mencapai jenjang pendidikan sarjana (43,6 persen untuk keluarga yang memperoleh bantuan dan 60,3 persen yang tidak). Gambaran ini memperlihatkan bahwa masyarakat yang secara ekonomi lebih baik menunjukkan harapan yang lebih besar untuk anaknya menjadi sarjana dibandingkan dengan mereka yang termasuk keluarga penerima bantuan. Namun masyarakat penerima bantuan juga menunjukkan persentase terbesar dalam hal harapan anaknya menjadi sarjana. Untuk jenjang pendidikan menengah, masyarakat yang memperoleh bantuan lebih besar memilih ke sekolah umum (22 persen) dibandingkan dengan 7,3 persen mereka yang tidak memperoleh bantuan. Untuk tingkat akademi, tampaknya persentase mereka yang tidak memperoleh bantuan lebih rendah (14,9 persen) dibandingkan dengan masyarakat yang tidak menerima BLT (20,2 persen). Jika diamati lebih jauh, jumlah masyarakat/orang tua yang menerima BLT terbagi merata hampir di setiap jenjang pendidikan yang artinya mereka mengharapkan anaknya bersekolah. Bagi masyarakat yang tidak menerima BLT (tidak miskin) cenderung semakin tinggi harapannya. Dengan kata lain, semakin tinggi kemampuan ekonomi masyarakat, semakin tinggi harapan orang tua terhadap pendidikan anak. Tampak adanya hubungan positif antara kemampuan ekonomi orang tua dan harapan pendidikan.

Mayoritas Suku Jawa menaruh harapan anaknya dapat berpendidikan sarjana walaupun mereka termasuk kategori penerima BLT.

Tabel 6
Distribusi Responden menurut Pendidikan Anak yang Diharapkan
serta Masyarakat Penerima dan Bukan Penerima BLT

| Keterangan | Pendidikan Menengah Pertama | | Menengah Umum | | Menengah Kejuruan | | Diploma/Akademi | | Sarjana | | Total | |
|--------------------|-----------------------------|-----|---------------|------|-------------------|------|-----------------|------|---------|------|-------|-----|
| | | % | | % | | % | | % | | % | | % |
| Penerima BLT | | | | | | | | | | | | |
| Sasak | 4 | 1,1 | 94 | 26,1 | 78 | 21,7 | 64 | 17,8 | 120 | 33,3 | 360 | 100 |
| Bali | | | | | 2 | 3,2 | 0 | | 60 | 96,8 | 62 | 100 |
| Jawa | | | | | | | | | 7 | 100 | 7 | 100 |
| Total | 4 | 0,9 | 94 | 21,9 | 80 | 18,6 | 64 | 14,9 | 187 | 43,6 | 429 | 100 |
| Bukan Penerima BLT | | | | | | | | | | | | |
| Sasak | | | 13 | 6,7 | 31 | 16,0 | 50 | 25,8 | 100 | 51,5 | 194 | 100 |
| Bali | | | 3 | 5,9 | 1 | 2,0 | | | 47 | 92,2 | 51 | 100 |
| Jawa | | | 4 | 17,6 | | | 3 | 17,6 | 11 | 64,7 | 17 | 100 |
| Total | | | 19 | 7,3 | 32 | 12,2 | 53 | 20,2 | 158 | 60,3 | 262 | 100 |

Sumber: Data primer survei pendidikan 2007 PPK-LIPI

Sementara itu, sama-sama menerima BLT, persentase penduduk Suku Sasak lebih rendah, yaitu 33 persen. Namun persebaran harapan pendidikan mereka cukup merata. Suku Bali yang menjadi penerima BLT mempunyai kecenderungan yang sama dengan Suku Jawa tentang harapan pendidikan ini.

Gambaran masyarakat yang tidak menerima BLT tampaknya menunjukkan pola yang sama pada ketiga etnis tersebut. Harapan terbesar masyarakat Suku Sasak terletak pada tingkat sarjana (51,5 persen), sedangkan Suku Jawa dan Bali cenderung memiliki harapan terhadap pendidikan yang lebih tinggi. Dalam Tabel 6 Suku Bali memiliki harapan terbesar pada tingkat sarjana yang kemungkinan besar dipengaruhi oleh latar belakang kondisi sosial ekonomi orang tua. Mereka yang berasal dari Suku Jawa umumnya adalah perantau sehingga mempunyai banyak pengalaman. Sebagai kaum migran, mereka mempunyai pendidikan dan pengetahuan yang lebih baik serta umumnya mempunyai tingkat ekonomi yang lebih tinggi daripada penduduk asli.

Apabila dilihat dari mereka yang menerima BLT dan tidak menerima, terdapat sedikit perbedaan. Semakin tidak miskin suatu masyarakat semakin tinggi harapan pendidikan yang ingin ditamatkan anak-anaknya. Pola yang

hampir sama dijumpai pada masyarakat miskin dan tidak miskin walaupun polanya berfluktuasi. Kemungkinannya adalah harapan mereka ini ditekankan pada jenjang pendidikan yang lebih cepat menjanjikan pekerjaan.

Pendidikan pada sekolah tertentu mempunyai keterkaitan erat terhadap kompetensi yang akan diajarkan kepada anak didik. Kompetensi tersebut diharapkan akan menjadi dasar bagi anak atau masyarakat untuk memilih lapangan kerja yang sesuai nantinya dengan keahliannya. Tabel 7 memperlihatkan harapan orang tua untuk menyekolahkan anak ternyata masih terbanyak pada jurusan sosial dan belum mengarah pada jurusan yang sifatnya ilmu alam dan eksakta. Bahkan jurusan sastra banyak diminati oleh masyarakat Lombok Barat, khususnya Gerung (13 persen), sedangkan harapan terhadap bidang sosial adalah 58 persen. Mereka yang menginginkan anaknya dapat bersekolah di jurusan eksakta hanya 26 persen. Gambaran di atas kemungkinannya disebabkan oleh pendapat masyarakat yang belum melihat pentingnya ilmu eksakta dalam pekerjaan. Pada kenyataan hidup sehari-hari yang ada di lingkungannya, beberapa tokoh elite di desa (seperti tokoh pemerintahan kecamatan, pendidikan, dan agama) umumnya berasal dari latar belakang pendidikan sosial, seperti

latar belakang pendidikan agama dan kependidikan. Barangkali dengan melihat kenyataan itu, masyarakat menuangkannya dalam harapan pendidikan untuk anaknya kelak.

Tabel 7 menunjukkan bahwa hampir 60 persen orang tua berkehendak mengubah nasibnya melalui pendidikan anak-anaknya. Ini kembali meyakinkan kita bahwa masyarakat menganggap pendidikan sebagai kunci penting dalam kehidupan, bahkan pendidikan anak dapat memberikan kontribusi besar terhadap kehidupan keluarga. Keadaan ini terkait dengan anggapan bahwa pendidikan berhubungan erat dengan kemudahan memperoleh pekerjaan. Mereka beranggapan bahwa jika anak-anaknya telah lulus dari tingkat pendidikan seperti yang diharapkan, maka mereka akan mudah mencari pekerjaan (25,3 persen). Namun hal ini tampaknya hanya sekadar harapan karena pada kenyataannya anak sudah tidak sekolah lagi dan ada yang bekerja, bahkan sebagai pekerja keluarga.

Berdasarkan ilustrasi tersebut, maka wajar jika untuk mempersiapkan anak-anak nantinya, masyarakat perlu menyekolahkan mereka secara tepat agar pekerjaan juga diperoleh sesuai dengan harapan. Sekolah atau tempat pendidikan yang cocok diyakini akan memberikan harapan pekerjaan bagi anak karena tanpa pendidikan dianggap kurang memperbaiki atau

dapat mengubah nasib kehidupannya. Uraian tersebut tampaknya selaras dengan Todaro (1983) yang mengungkapkan bahwa keinginan seseorang terhadap pendidikan sebetulnya terkait erat dengan kebutuhan pekerjaan.

Mantan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI, Prof. Wardiman Djojonegoro, telah menyadari adanya kesenjangan antara jenis pendidikan dan jenis pekerjaan. Pernyataannya yang sering diingat adalah *Link and Match* yang kemudian dirancang menjadi program prioritas kebijakan departemennya waktu itu (Tirtosudarmo, 1994: 3). Tidak berlebihan pula jika masyarakat sendiri selalu menghubungkan pencapaian pendidikan dengan pekerjaan yang harus diraih oleh anak-anaknya. Kenyataan ini tampak pada hasil survei menjawab pertanyaan tentang harapan pekerjaan orang tua di wilayah penelitian.

Jika diamati, secara umum tidak tampak perbedaan yang berarti terkait pola harapan orang tua terhadap pekerjaan anak antara keluarga yang memperoleh bantuan BLT dan keluarga yang tidak memperoleh bantuan. Gambaran yang terlihat mencolok dengan persentase terbesar bagi penerima BLT atau "masyarakat miskin" adalah mereka mengharapkan anaknya ingin menjadi guru (32,6 persen) dan yang menginginkan anaknya menjadi PNS (29,6 persen). Gambaran itu

Tabel 7
Distribusi Persentase Responden menurut Jenjang Pendidikan yang Diharapkan dan Bidang yang Diinginkan

| Jenjang Pendidikan | Eksakta | Sosial | Sastra |
|--------------------|---------|--------|--------|
| Menengah atas Umum | 13,8 | 18,8 | 14,9 |
| Menengah kejuruan | 8,2 | 17,0 | 31,0 |
| Diploma | 17,9 | 15,8 | 18,4 |
| Sarjana | 60,2 | 48,5 | 35,6 |
| Total | 100 | 100 | 100 |
| N | 198 | 400 | 87 |

Sumber: Data primer survei pendidikan 2007 (PPK-LIPI)

sedikit berbeda dengan masyarakat yang tidak memperoleh BLT. Persentase harapan terbesar terhadap lapangan kerja adalah justru menjadi PNS (37,8 persen), sedangkan yang menginginkan anaknya menjadi guru (25,2 persen). Secara umum tampak bahwa kedua jenis pekerjaan ini yang paling diharapkan oleh sebagian besar responden. Jabatan lain yang paling banyak diminati adalah menjadi anggota TNI atau Polri dengan persentase hampir 13 persen bagi masyarakat miskin dan 14,5 persen bagi yang tidak memperoleh BLT.

Apabila kita melihat berdasarkan suku bangsa, maka masyarakat miskin Suku Sasak memiliki harapan besar agar anaknya menjadi anggota PNS, yaitu sebesar 25 persen. Hal yang sama juga terjadi pada masyarakat Suku Jawa dan Bali. Sementara itu, jenis pekerjaan sebagai anggota TNI dan guru tampaknya juga masih menjadi lapangan pekerjaan yang diharapkan Suku Sasak, Bali, dan Jawa. Khusus harapan untuk menjadi guru, di dalamnya adalah guru di sekolah agama karena masyarakat Sasak masih mengidolakan profesi guru agama ini. Hal ini disebabkan oleh kultur masyarakat Sasak yang sebagian besar adalah muslim sehingga mereka sangat menghargai profesi itu. Akan tetapi, guru tampaknya bukan menjadi idola bagi masyarakat Jawa yang ada di Gerung dan

Jembatan Kembar, khususnya pada masyarakat yang memperoleh BLT.

Dalam masyarakat yang tidak memperoleh bantuan, terlihat bahwa harapan masyarakat Sasak untuk menjadi PNS adalah yang terbesar (33,5 persen), disusul dengan menjadi guru (29,9 persen) dan dokter (12,4 persen). Masyarakat Bali yang berkeinginan menjadi PNS adalah 62,7 persen, guru sebesar 13,7, dan anggota TNI 19,6, sedangkan yang berharap anaknya menjadi dokter hanya 1 persen. Bagi masyarakat Suku Jawa yang ada di Lombok Barat ini, harapan terbesar mereka adalah menjadi wiraswastawan (29,4 persen), yang ingin menjadi TNI 17,6 persen, menjadi dokter 23,5 persen, dan menjadi PNS hampir 12 persen.

Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa jabatan sebagai anggota PNS, TNI dan Polri, dokter, serta guru masih menjadi harapan terbesar masyarakat di desa penelitian. Jika dinyatakan secara umum, kesimpulannya adalah sebenarnya masyarakat Suku Jawa, Sasak maupun Bali, masih berharap besar agar anaknya dapat menjadi pegawai negeri apapun jenis pekerjaannya. Hanya sedikit pergeseran bagi orang Jawa yang ada di perantauan karena tampaknya bekerja sebagai wiraswasta menjadi idola. Namun harapan ini belum sepenuhnya

Tabel 8
Distribusi Responden menurut Alasan Menyekolahkan Anak

| Alasan | Nominal | % |
|---------------------------------|---------|------|
| Biaya pendidikan terjangkau | 34 | 4,9 |
| Sarana prasarana tersedia | 8 | 1,2 |
| Lulus mudah kerja | 175 | 25,3 |
| Kemampuan anak cukup | 53 | 7,7 |
| Anak masih perlu sekolah | 9 | 1,3 |
| Nasib lebih baik dari orang tua | 412 | 59,5 |
| Lainnya | 1 | 0,1 |
| Total | 692 | 100 |

Sumber: Data primer survei pendidikan 2007 (PPK-LIPI)

menjadi kenyataan karena dasar pendidikan yang ada belum memadai di samping adanya banyak kendala, seperti keterbatasan kesempatan kerja di beberapa daerah.

Simpulan

Pemerintah Kabupaten Lombok Barat telah banyak merespons tuntutan peningkatan mutu dan pemerataan kesempatan pendidikan melalui berbagai kebijakan. Salah satu kebijakan tersebut adalah meningkatkan jumlah pendanaan bidang pendidikan, yang pada gilirannya juga untuk meningkatkan kesejahteraan guru. Namun hal itu juga belum dirasa mencukupi karena pemerintah kabupaten setempat belum banyak menyentuh masalah pendidikan yang berada di bawah urusan pendidikan Departemen Agama.

Pengembangan pendidikan bukan saja merupakan tanggung jawab pemerintah, melainkan juga ditentukan oleh peran serta masyarakat (orang tua). Dalam hal ini, kondisi sosial ekonomi orang tua dan masyarakat merupakan aspek yang sangat berpengaruh terhadap tingkat kesertaan pendidikan di sekolah. Umumnya partisipasi sekolah lebih baik pada masyarakat maju dan lebih sejahtera. Namun tampaknya hal tersebut tidak berlaku di Desa Gerung dan Jembatan Kembar sebagai

daerah yang terletak di dua pusat kegiatan ekonomi di Pulau Lombok (Pelabuhan Lembar dan Kota Mataram). Hal ini disebabkan oleh tingkat ekonomi masyarakat yang masih tergolong miskin/rendah. Rendahnya perekonomian tersebut juga banyak disebabkan oleh perkembangan kehidupan industri di luar pertanian yang masih lambat meskipun kedua desa tersebut sangat strategis letaknya. Perkembangan tingkat sosial ekonomi masyarakat relatif jalan merambat, namun harapan masyarakat terhadap keinginan untuk pendidikan mengalami peningkatan.

Motivasi orang tua untuk menyekolahkan anak juga sebagai aspek yang menarik terhadap pengembangan pendidikan karena motivasi dapat dilihat juga dari tingkat harapan seseorang. Salah satu indikasi bagaimana orang tua di suatu tempat melihat pendidikan anak adalah ada tidaknya motivasi orang tua menyekolahkan anak. Tampaknya keinginan atau harapan orang tua untuk menyekolahkan anak, baik masyarakat miskin maupun yang tidak miskin, memang cukup besar. Namun ada perbedaan pola harapan karena masyarakat mampu memiliki harapan yang semakin tinggi pada jenjang pendidikan untuk anaknya. Sementara itu, pola jenjang pendidikan yang diharapkan menunjukkan adanya fluktuasi pada masyarakat miskin.

Tabel 9
Distribusi Responden menurut Pekerjaan yang Diharapkan dan Etnis Orang Tua

| | Petani | | Pedagang | | Pengusaha | | ABRI/Polri | | Guru | | Dokter | | Insinyur | | Hukum | | Swasta | | PNS | | Total | |
|-------|--------|-----|----------|-----|-----------|------|------------|------|------|------|--------|------|----------|-----|-------|-----|--------|------|-----|------|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Ya | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sasak | 1 | 0,3 | 11 | 3,1 | 21 | 5,8 | 46 | 12,8 | 129 | 35,8 | 42 | 11,7 | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 | 19 | 95,3 | 89 | 24,7 | 360 | 100 |
| Bali | 0 | | 1 | 1,6 | 0 | | 9 | 15,5 | 11 | 17,7 | 6 | 9,7 | 1 | 1,6 | 0 | | 0 | | 34 | | 62 | |
| Jawa | 0 | | 0 | | 1 | 14,3 | 2 | 28,6 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 4 | 57,1 | 7 | |
| Total | 1 | 0,2 | 12 | 2,8 | 22 | 5,1 | 57 | 13,3 | 140 | 32,6 | 48 | 11,2 | 2 | 0,5 | 1 | 0,2 | 19 | 4,4 | 127 | 29,6 | 429 | |
| Tidak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sasak | | | 4 | 2,1 | 4 | 2,1 | 25 | 12,9 | 58 | 29,9 | 24 | 12,4 | 3 | 1,5 | 4 | 2,1 | 7 | 3,6 | 65 | 33,5 | 194 | |
| Bali | | | 0 | | 0 | | 10 | 19,6 | 7 | 13,7 | 1 | 2,0 | 0 | | 0 | | 1 | 2,0 | 32 | 62,7 | 51 | |
| Jawa | | | 1 | 5,9 | 0 | | 3 | 17,6 | 1 | 5,9 | 4 | 23,5 | 1 | 5,9 | 0 | | 5 | 29,4 | 2 | 11,8 | 17 | |
| Total | | | 5 | 1,9 | 4 | 1,4 | 38 | 14,5 | 66 | 25,2 | 29 | 11,1 | 4 | 1,5 | 4 | 1,5 | 13 | 5,0 | 99 | 37,8 | 262 | |

Catatan: pernyataan pekerjaan didasarkan kepada jawaban nyata responden
Sumber: Data primer survei pendidikan 2007 PPK-LIPI

Pendidikan umumnya terkait dengan pekerjaan dan pola ini juga berlaku pada penelitian ini. Harapan orang tua menyekolahkan anak pada dasarnya adalah untuk menyiapkan mereka masuk dunia kerja. Namun harapan itu tinggal harapan karena kenyataan yang terjadi tidak sesuai dengan harapan. Pada umumnya mereka berharap pada pendidikan dan lapangan pekerjaan yang tinggi, serta mereka berharap anaknya menjadi pegawai negeri. Yang dimaksud pegawai negeri adalah guru dan anggota TNI/Polri. Jenis pekerjaan ini menjadi idola mayoritas orang tua, bahkan jika dilihat dari latar belakang kelompok suku bangsa (etnis Sasak, Bali dan Jawa) menunjukkan tren yang sama. Khusus masyarakat Sasak, profesi guru termasuk guru di sekolah keagamaan adalah profesi yang populer.

Masyarakat adalah kumpulan manusia yang rasional. Terkait dengan keinginan dan harapan masyarakat terhadap pendidikan, beberapa usaha untuk menanggulangi ketidakberdayaan ekonomi mereka tempuh, termasuk mencari bantuan untuk biaya pendidikan. Bagi sebagian besar masyarakat yang termasuk kelompok miskin, bantuan yang mereka harapkan adalah bentuk beasiswa atau bentuk lain. Gambaran di atas menunjukkan bahwa harapan masyarakat cukup tinggi untuk menyekolahkan anak dan jika harapan itu menjadi kenyataan, partisipasi pendidikan di Lombok Barat akan semakin tinggi pula. Kondisi ini dapat terjadi jika mereka mempunyai latar belakang ekonomi yang cukup memadai. Hal ini juga akan dapat mengubah nasib orang tuanya yang umumnya hanya berlatar belakang pendidikan sekolah dasar atau tidak pernah sekolah.

Daftar Pustaka

- Drost, J. 2006. *Dari KBK Sampai MBS, Esai-esai Pendidikan*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Goldhorpe, J. Lewellyn, et.al. 1980. *Social Mobility and Class Structure in Modern Britain*. Oxford:Clarendon Press.
- Handayani, Titik, dkk. 2006. *Partisipasi Pendidikan Dalam Perspektif Demografi, Ekonomi dan Sosial Budaya*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Irwanto. 1998. "Perkiraan Pengaruh Krisis Moneter Dan Bencana Alam Kekeringan Terhadap Anak Dan Remaja Yang Membutuhkan Perlindungan Khusus", dalam Prihatin Lahir Batin: *Dampak Krisis Moneter dan Bencana El Nino Terhadap masyarakat, Keluarga, Ibu dan Anak di Indonesia dan Pilihan Intervensi*. Jakarta: PPK-LIPI bekerja sama dengan UNICEF.
- Munandar, Utami. 1998. "Dampak jangka panjang dari kekurangan dalam Perawatan Anak bagi Perkembangan Sumber Daya Manusia", dalam *Prihatin Lahir Batin: Dampak Krisis Moneter dan Bencana El Nino Terhadap Masyarakat, Keluarga, Ibu dan Anak di Indonesia dan Pilihan Intervensi*. Jakarta: PPK-LIPI bekerja sama dengan UNICEF.
- Scott, James C. 1976. *The moral Economy of the Peasant: Rebellion and Subsistence in South East Asia*. New Haven: Yale University Press.
- Soewartoyo (ed.). 2002. *Desentralisasi Pendidikan Dalam Perspektif Daerah*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan – LIPI, CV Marinalon.
- Suryadarma, Daniel; Suryahadi, Asep; Sumarto, Sudarno; Rogers, F. Halsey. 2006. "Improving Students Performance in Public Primary Schools in Developing Countries: Evidence from Indonesia", *Educations Economics*, 14(4): 401-429.
- Tirtosudarmo, Riwanto (ed.). 1994. *Dinamika Pendidikan dan Ketenagakerjaan Pemuda di Perkotaan Indonesia*. Jakarta: PPT-LIPI bekerja sama dengan PT Gramedia Widiasarana Indonesia (Grasindo).
- . (ed.). 1996. *Dinamika Sosial Pemuda di Perkotaan*. Jakarta: PPT-LIPI bekerja sama dengan PT Pustaka Sinar Harapan.

Todaro, Michael P. 1983. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga (Bagian I)*. Diterjemahkan oleh Aminudin dan Mursid. Jakarta: PT Ghalia Indonesia.

Toyamah, Nina dan Usman, Syaikhu. 2004. *Alokasi Anggaran Pendidikan di Era Otonomi Daerah: Implikasi Terhadap Pengelolaan Pendidikan Dasar*. Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU.

Masyarakat Miskin dan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow¹

Ferdinandus Kainakaimu²

Abstract

Health condition in Bolaang Mongondow District specially is categorized low compared to other more advanced regions. By using qualitative methods, this article clarifies poor families' access to healthcare in Bolaang Mongondow and identifying internal and external difficulties in accessing one. The informants are categorized as providers and clients of healthcare, specially poor families holding Askeskin (health insurance program for poor people) card that have experience in accessing healthcare in puskesmas (community health center). The result indicates that 1) poor family's access to healthcare in Bolaang Mongondow is not yet optimum. When they were ill, the Askeskin holders should decide either to take care of themselves or seek for medical treatment from private hospitals. Ironically, some rich people get the Askeskin card also. The poor families sometimes were charged additional fees to cover such healthcare as childbearing and maternal and infant healthcare; 2) internal factors in accessing the healthcare (from Askeskin card holders themselves) and external factors that came from the providers of healthcare in giving services to poor families.

Keywords: Access, Poor, Healthcare

Intisari

Kondisi kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow tergolong rendah dibandingkan dengan daerah lainnya. Dengan menggunakan metode kualitatif, artikel ini menjelaskan akses keluarga miskin terhadap layanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow dan mengidentifikasi kesulitan internal dan eksternal ketika mengaksesnya. Informan adalah penyedia layanan dan kliennya, khususnya keluarga miskin pemegang Askeskin (Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) akses keluarga miskin terhadap kesehatan di Bolaang Mongondow belum optimal. Ketika mereka sakit, pemegang Askeskin harus memutuskan apakah mengobati sendiri atau berobat rumah sakit swasta. Ironisnya, beberapa orang kaya mendapatkan kartu Askeskin juga. Keluarga miskin kadang-kadang dibebani biaya tambahan untuk menutup kesehatan, seperti kesehatan melahirkan anak dan ibu dan bayi. 2) Faktor internal dalam mengakses pelayanan kesehatan (dari pemegang kartu Askeskin) dan faktor eksternal yang berasal dari penyedia layanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin.

Kata-kata kunci: akses, orang miskin, pelayanan kesehatan

¹ Naskah ini adalah sebagian dari tesis penulis di Magister Studi Kebijakan Universitas Gadjah Mada.

² P3D Kabupaten Mappi, Papua.

Pendahuluan

Sejak 2006 pembangunan kesehatan diarahkan untuk mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan akses masyarakat, terutama penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan dasar. Sasaran yang akan dicapai adalah (1) meningkatnya jumlah keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat; (2) meningkatnya jumlah keluarga yang memiliki akses terhadap sanitasi dan air bersih; (3) meningkatnya cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; (4) meningkatnya pelayanan antenatal, postnatal, dan neonatal; (5) meningkatnya jumlah kunjungan penduduk miskin ke Puskesmas/Pustu dan rumah sakit; (6) meningkatnya cakupan imunisasi; (7) lebih meratanya penyebaran tenaga kesehatan; (8) meningkatnya ketersediaan obat esensial nasional; (9) meningkatnya cakupan pemeriksaan sarana produksi dan distribusi produk tarapetik/obat, obat tradisional, kosmetik, perbekalan peralatan kesehatan rumah tangga, produk komplemen, dan produk pangan; (10) menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular, seperti malaria, demam berdarah dengue (DBD), tuberkulosis paru, diare, HIV/AIDS; serta (11) menurunnya prevalensi kurang gizi dan gizi buruk pada anak balita (www.bappenas.co.id, 2006).

Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang lebih baik, pemerintah telah melakukan berbagai upaya dengan mengeluarkan beberapa kebijakan di bidang kesehatan melalui Departemen Kesehatan RI. Upaya tersebut dimulai dari Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS BK) yang dilaksanakan dari 1998 sampai dengan 2001. JPS BK dilakukan pemerintah dengan cara menyalurkan dana melalui rumah sakit dan Puskesmas untuk memenuhi pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Pada 2002 pemerintah mengeluarkan kebijakan yang dikenal dengan Penanggulangan Dampak Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE BK).

Program ini menggunakan sebagian dari dana subsidi BBM untuk pemeliharaan kesehatan keluarga miskin yang disalurkan langsung kepada pemberi pelayanan kesehatan (rumah sakit dan Puskesmas) dan digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang sakit (Kiswanto, dalam Tukiran, dkk., 2007). Tahun 2003 pemerintah memberlakukan kebijakan baru yang dikenal dengan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM BK), yang merupakan kelanjutan Program JPS BK dan PDPSE BK. Program ini pada prinsipnya sama dengan program sebelumnya, hanya dalam PKPS BBM BK ini, ada tambahan kegiatan pelayanan kesehatan dan perubahan dalam pengaturan/pengelolaan pembiayaan (lebih mengarah pada peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan melalui pola hidup sehat) serta melibatkan pihak swasta dalam pembiayaan dan pemeliharaan kesehatan. Pada Januari 2005 pemerintah melakukan perubahan kebijakan, yaitu Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang dikembangkan lagi menjadi program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) atau sekarang dikenal dengan penerima manfaat Kartu Askeskin.

Salah satu kelompok sasaran Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) adalah penduduk miskin di wilayah perkotaan. Siapa sebenarnya orang miskin kota itu? Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 1992 telah mengidentifikasi ciri-ciri dari warga miskin kota, yaitu (1) sebagian adalah individu dan sebagian lagi adalah keluarga (mewakili keluarga), (2) berusia antara 18 tahun sampai dengan 55 tahun, (3) ada yang punya pekerjaan dan ada yang tidak memiliki suatu pekerjaan yang layak, (4) berpendapatan rendah (berarti di bawah garis kemiskinan BPS), (5) kondisi rumah dan lingkungan tidak layak huni, (6) tingkat pendidikan dan keterampilan rendah, serta (7) ada yang memiliki hambatan sosial dan psikologis, tetapi ada yang tidak (Susanto dan Saidi, 1998:38).

Walaupun penjelasan BPS di atas sudah begitu jelas untuk mengidentifikasi ciri-ciri keluarga miskin di kota, tidak ada salahnya melihat ciri masyarakat miskin yang diambil dari berbagai sumber rujukan seperti berikut ini. Masyarakat dikatakan miskin bila secara politik, tidak memiliki akses pada proses pengambilan keputusan yang menyangkut hidup mereka. Kemudian secara sosial, mereka tersingkir dari institusi utama masyarakat yang ada. Secara ekonomi, mereka memiliki kualitas SDM yang rendah, termasuk kesehatan, pendidikan, dan keterampilan yang berdampak pada penghasilan. Secara budaya dan tata nilai, mereka terperangkap dalam budaya rendahnya kualitas SDM, seperti rendahnya etos kerja berpikir pendek dan fatalisme. Secara lingkungan hidup, kepemilikan aset fisik mereka tergolong rendah, termasuk aset lingkungan hidup, seperti air bersih dan penerangan. Kondisi tersebut menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, seperti sandang, pangan, papan, keamanan, identitas kultural, proteksi, kreasi, kebebasan, partisipasi, dan waktu luang (Fernandez, dalam Siagian, 2000).

Dalam kebijakan kesehatan JPKMM atau Askeskin ditemukan beberapa permasalahan di lapangan, antara lain masyarakat miskin kurang mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas karena masih terbebani dengan biaya kesehatan, bahkan ada yang enggan untuk berobat ke rumah sakit atau Puskesmas. Dari hasil pengamatan dan wawancara dengan 4 orang warga penerima manfaat Kartu Askeskin diketahui bahwa keluarga miskin masih mengeluarkan sejumlah uang untuk membayar biaya kesehatan, yang berkisar antara Rp20.000,00 hingga Rp500.000,00. Selain permasalahan biaya, sebagian besar warga miskin yang ada di Kotamobagu, Kabupaten Bolaang Mongondow belum memiliki kartu Askeskin (belum terdaftar) sehingga mereka tidak dapat memperoleh pelayanan yang baik (harus membayar mahal).

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan dalam tiga dekade

ini telah cukup berhasil meningkatkan derajat kesehatan. Namun derajat kesehatan di Indonesia, khususnya di Kabupaten Bolaang Mongondow, masih terhitung rendah apabila dibandingkan dengan daerah-daerah lain yang sudah maju. Permasalahan utama yang dihadapi adalah rendahnya kualitas kesehatan penduduk yang antara lain ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian bayi, anak balita, dan ibu. Di samping itu, masih juga terdapat masalah tingginya proporsi balita yang menderita kurang gizi, masih tingginya angka kesakitan akibat beberapa penyakit menular, dan kecenderungan semakin meningkatnya penyakit tidak menular. Ditambah lagi dengan adanya kesenjangan kualitas kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu antarwilayah/daerah, gender, dan antar-kelompok status sosial ekonomi. Jumlah, penyebaran, komposisi, dan mutu tenaga kesehatan juga belum memadai serta terbatasnya sumber pembiayaan kesehatan dan belum optimalnya alokasi pembiayaan kesehatan.

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow memberikan perhatian khusus, salah satunya, pada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin. Hal ini dapat dilihat dari kebijakan operasionalnya yang salah satunya juga terfokus pada meningkatkan kinerja pengelolaan pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu penyuluhan, pencegahan penyakit, dan pelayanan kesehatan penduduk miskin. Program yang dikembangkan untuk itu adalah Program Upaya Kesehatan Masyarakat dengan kegiatan pokoknya berupa pelayanan kesehatan penduduk miskin di Puskesmas dan jaringannya.

Pengamatan dan wawancara dengan 4 orang lurah di Kotamobagu, Kabupaten Bolaang Mongondow, yang mewakili Kecamatan Kotamobagu Barat, Kotamobagu Timur, Kotamobagu Selatan, dan Kotamobagu Utara pada Juni sampai dengan Agustus 2007 meng-

hasilkan hal berikut ini. Terdapat keluhan warga miskin yang berada di wilayah kota dan sekitarnya terkait hal kurangnya tenaga medis, terbatasnya fasilitas kesehatan, masih tingginya biaya kesehatan, dan kurangnya stok obat-obatan sehingga masyarakat miskin semakin sulit mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal ini juga sesuai dengan data Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow yang secara resmi menyatakan bahwa jumlah fasilitas kesehatan yang ada adalah 5 buah rumah sakit, 30 Puskesmas, 129 Puskesmas Pembantu, dan 362 Posyandu. Walaupun dikatakan bahwa tenaga kesehatan, seperti dokter spesialis dan dokter umum, telah tersebar di seluruh kecamatan, mereka tidak dapat melayani seluruh masyarakat, terutama di desa-desa yang terpencil karena jumlahnya sedikit. Apabila masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan, itu datangnya bukan dari dokter, melainkan dari perawat biasa.

Dengan demikian, jika dilihat dari ketersediaan fasilitas kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow secara umum dapat dikatakan relatif tersedia, tetapi persoalan akses bagi warga miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas masih belum terwujud dengan baik. Akses yang dimaksud tampaknya lebih berkenaan dengan akses ekonomi dan akses organisasi (rumah sakit maupun Puskesmas) yang belum pro miskin sehingga mereka terkesan sebagai warga negara kelas dua. Padahal sebagai bagian dari warga negara Indonesia, mereka mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, bukan pelayanan yang dibedakan dengan warga yang memiliki kemampuan ekonomi yang lebih.

Akses pelayanan kesehatan ibarat pintu gerbang pelayanan kesehatan karena memiliki kedudukan yang sangat strategis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Akses pelayanan kesehatan lebih penting lagi ditujukan pada warga miskin karena kehidupan mereka sangat rawan terhadap berbagai permasalahan kesehatan, seperti lingkungan

tempat tinggal yang kurang bersih dan tidak memenuhi persyaratan rumah sehat, asupan gizi yang kurang, serta tidak dimilikinya fasilitas air bersih. Pada sisi lain mereka semestinya menjadi tanggung jawab dominan pemerintah berkenaan dengan kemiskinan mereka, khususnya lagi berkenaan dengan akses mereka terhadap berbagai pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah.

Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

Menurut Menteri Kesehatan RI (Supari, 2006), untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan, banyak hal yang harus dilakukan, salah satunya adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Secara umum dapat dibedakan sembilan syarat penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik, yakni tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), berkesinambungan (*continues*), terpadu (*intergrated*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), bermutu (*quality*), tercapai (*accessible*), dan terjangkau (*affordable*). Selanjutnya ditegaskan bahwa sembilan syarat tersebut sama pentingnya, namun terpenuhi syarat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang merata, bermutu, dan terjangkau merupakan satu keharusan. Betapapun sempurnanya pelayanan kesehatan, bila hal ini tidak terpenuhi, tidak akan banyak artinya bagi masyarakat.

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 34 mengamanatkan fakir miskin dan anak-anak terlantar menjadi tanggung jawab negara. Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan. Oleh karena itu, negara bertanggung jawab menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Berkaitan dengan itu, pemerintah akan berusaha seoptimal mungkin untuk mewujudkan amanat ini, antara lain dengan diundangkannya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) sebagai salah satu komponennya dan Undang-Undang Praktik Kedokteran. Adanya kedua undang-undang ini merupakan lompatan jauh ke depan untuk menata sistem pelayanan kesehatan seiring dengan sistem pembiayaannya. Salah satu bentuk perwujudan amanat undang-undang dasar yang harus dilaksanakan adalah kepedulian terhadap pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan, utamanya pelayanan kesehatan masyarakat miskin.

Untuk itu, pemerintah berupaya mewujudkan rasa keadilan di bidang kesehatan dengan mengupayakan agar setiap penduduk terlayani kebutuhan kesehatannya tanpa membedakan status sosial, wilayah, geografis, suku, agama, bahkan kewarganegaraannya. Dalam rangka memenuhi hak-hak masyarakat miskin seperti diamanatkan dalam konstitusi dan undang-undang, pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan RI mempunyai kebijakan untuk lebih fokus pada pelayanan kesehatan bagi warga miskin. Dasar pemikirannya adalah berdasarkan kajian yang ada selain memenuhi kewajiban, pemerintah juga dapat mengawasi indikator-indikator kesehatan agar berjalan lebih baik apabila lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan dan kesehatan. Selain itu, jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita, serta menurunkan angka kelahiran di samping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan masyarakat miskin (Supari, 2006).

Program pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin diadakan sejak tahun 1999. Waktu itu, program ini bernama Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS BK) dengan sumber dana yang berasal dari pinjaman luar negeri. Kemudian pada 2002, program tersebut berganti nama menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM). Sumber dananya berasal dari dalam negeri, yaitu dari pengurangan subsidi BBM. Pada April 2005

program tersebut berubah lagi menjadi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Sumber dananya juga berasal dari kompensasi subsidi BBM dengan audit dana oleh BPKP dan Bawasda.

Pada masa sebelumnya antara 1999-2004, dana untuk pengelolaan kesehatan masyarakat miskin langsung disalurkan kepada Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK), yaitu rumah sakit, Puskesmas, dan bidan desa. Kemudian sejak awal 2005, dana itu dikelola langsung oleh PT Asuransi Kesehatan (Askes) seperti halnya pegawai negeri. Sebelum 2005, pendataan masyarakat miskin dilakukan oleh bidan desa bersama lurah/kepala desa setempat tiap tahun. Kriteria keluarga miskin waktu itu adalah hanya mampu makan dua kali sehari, tidak mampu menyekolahkan anak karena tidak ada dana, dan rumah yang tidak layak huni. Sedangkan saat ini pendataan dilakukan oleh PT Askes dan BPS dengan kriteria keluarga miskin adalah yang berpenghasilan di bawah Rp500.000,00 per bulan.

Ada satu ketergesa-gesaan yang dilakukan PT Askes yang telah memasang kuota penduduk miskin seluruh Indonesia sampai per desa/kelurahan. Idealnya dilakukan pendataan lebih dulu sebelum diberi kuota per daerah karena akan sesuai dengan realitas jumlah masyarakat miskin yang sebenarnya. PT Askes barangkali berkelit itu memang sudah merupakan kuota yang ditetapkan pemerintah (presiden dan DPR), tetapi yang disayangkan adalah penetapan tersebut tidak berdasarkan data dari bawah (*bottom up*). Masalahnya sekarang adalah kuota tersebut jauh di bawah jumlah penduduk miskin yang didata pada tahun-tahun sebelumnya.

Secara nasional, kuota penduduk miskin yang terlayani PT Askes mengalami penurunan sekitar 36 juta jiwa, suatu jumlah yang tidak sedikit. Masyarakat miskin yang terdata PT Askes itu akan diberi kartu Askes seperti pegawai negeri. Logikanya, dengan pengurangan subsidi BBM akan lebih banyak lagi masyarakat miskin yang terlayani, tetapi

realitanya dengan kuota yang sudah dijatah, jumlah penduduk miskin yang dilayani justru berkurang. Ke manakah masyarakat miskin yang tidak mendapat jatah/kuota kartu Askes akan mendapatkan pelayanan kesehatan gratis, padahal mereka sudah optimis dengan mendengar setiap hari iklan di TV bahwa masyarakat akan mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas dan rumah sakit.

Diakui bahwa sebelum tahun 2005 program kartu sehat (kartu berobat sebagai tanda keluarga miskin) banyak yang salah sasaran. Banyak yang seharusnya tidak berhak memiliki kartu tersebut, entah dari mana asalnya, justru mendapatkannya, mungkin karena dekat dengan oknum bidan, pegawai Puskesmas/rumah sakit maupun oknum kepala desa. Namun hal itu dapat diminimalisasi jika tim yang terlibat dalam pendataan diperbanyak, misalnya melibatkan kecamatan, bidan desa, kepala desa, dan Dinas Sosial. Hal ini dimaksudkan agar tidak ada lagi pertimbangan keluarga, kawan dekat, dan sebagainya sehingga yang didata benar-benar adalah masyarakat miskin. Program JPS BK yang dahulu dapat melayani lebih banyak masyarakat miskin menghadapi banyak masalah, terlebih lagi dengan sistem baru JPKMM saat ini yang hanya dapat melayani sebagian kecil masyarakat miskin. Masalah yang dihadapi sebelum 2005 itu, antara lain, adalah di samping salah sasaran, masyarakat yang sebelumnya tidak termasuk masyarakat miskin tiba-tiba jadi miskin, misalnya karena bencana/musibah.

Menurut Amelia Maika dalam Tukiran, dkk. (2007), keterbatasan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga disebabkan oleh perlakuan diskriminatif yang diterima dari para petugas pelayanan kesehatan. Perlakuan yang diskriminatif membuat mereka (orang miskin) enggan memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan masyarakat setempat. Sekalipun mereka datang, itu karena terpaksa dan mereka bersikap

pasrah terhadap perlakuan para petugas kesehatan yang melayani, baik dalam kondisi kesehatan yang baik maupun buruk. Diskriminasi pelayanan kesehatan dapat juga muncul karena perbedaan sikap pemberian pelayanan dalam memberikan pelayanan sangat dipengaruhi oleh status pengguna pelayanan (Dwiyanto, dkk., 2003). Pemberi pelayanan cenderung memperlakukan orang kaya secara berbeda dengan orang miskin. Apalagi ketika orang miskin tersebut menggunakan kartu Askeskin, sering kali para pemberi pelayanan merasa bahwa melayani pemegang kartu Askeskin tidak menguntungkan karena tidak meningkatkan penerimaan Puskesmas dan rumah sakit. Kondisi seperti ini membuat banyak warga miskin enggan menggunakan kartu Askeskin.

Dalam beberapa kasus sering terjadi bahwa warga miskin tidak menerima pelayanan gratis walaupun sudah memiliki kartu Askeskin. Setelah kartu itu disodorkan, ternyata kartu Askeskin itu tidak dapat digunakan karena berbagai alasan menyangkut dana Askeskin yang belum dicairkan atau tunggakan Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) tahun lalu yang belum terbayar sehingga pihak pemberi pelayanan kesehatan tidak dapat memberikan pelayanan seperti yang diharapkan. Di samping itu, pelayanan untuk memperoleh obat yang sesuai dengan resep dokter tidak disediakan oleh pihak rumah sakit dengan alasan obat tersebut tidak terdapat dalam daftar obat di PT Askes. Dengan demikian, pasien harus membeli obat sendiri ke apotek yang tentunya harus mengeluarkan sejumlah uang. Hal ini menunjukkan pemerintah belum sepenuhnya memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin karena pelayanan terhadap pasien masih dibedakan dengan pasien yang membayar (www.suarawarga.com, 2007).

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan metode kualitatif untuk menggambarkan dan menganalisis serta mengidentifikasi kendala-kendala internal dan eksternal yang berasal dari penerima layanan kesehatan (masyarakat miskin) dan pemberi layanan kesehatan (Dinkes dan Puskesmas) dalam memberikan dan memperoleh akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow. Lokasi penelitian ini di ibukota Kabupaten Bolaang Mongondow, yaitu Kotamobagu. Wilayah Kotamobagu terdiri dari 4 kecamatan, yaitu Kecamatan Kotamobagu Timur, Kotamobagu Barat, Kotamobagu Selatan, dan Kotamobagu Utara. Penelitian ini membatasi pada dua kecamatan, yaitu wilayah Kecamatan Kotamobagu Barat dengan target warga miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan di Puskesmas Gogagoman dan Kotamobagu Timur dengan target warga miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan di Puskesmas Kotobangon.

Alasan pemilihan wilayah penelitian pada dua kecamatan tersebut lebih didasarkan pada jumlah penduduk (termasuk warga miskin) yang bermukim di kedua tempat tersebut tergolong banyak dan berada pada kawasan padat penduduk dan kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan secara merata sehingga warga miskin yang sudah seharusnya memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya (pemilik kartu Askeskin) menjadi tidak terlayani dengan baik. Informan kunci terdiri dari para *stakeholder* penyedia layanan kesehatan (*provider*), seperti kepala Dinas Kesehatan, dokter, petugas kesehatan, kepala Puskesmas, dan pengguna layanan kesehatan (*client/customer*) terutama warga masyarakat miskin pemegang kartu Askeskin. Pemilihan informan *customer* atau warga miskin dengan cara penentuan secara purposif (berdasarkan tujuan tertentu) dengan pertimbangan gender dan pengalaman ketika mendapatkan layanan kesehatan.

Hasil dan Pembahasan

Pelayanan Kesehatan Balita, Lansia, dan Ibu hamil

Dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow sangat memerhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, yaitu perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat. Dengan memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan tersebut, keinginan untuk mencapai sasaran pembangunan kesehatan pada akhir tahun 2010, juga mempertimbangkan perkembangan, masalah, dan kecenderungan yang dihadapi, maka visi Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow adalah sebagai berikut. Terwujudnya masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat dan produktif menuju Bolaang Mongondow baru, yang bersatu, berbudaya, berdaya saing, maju, dan mandiri.

Untuk mencapai visi tersebut, maka Dinas Kesehatan mengemban misi pembangunan kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow. Misinya adalah menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, meningkatkan kinerja institusi dan unit kesehatan milik pemerintah maupun swasta, serta mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Penjelasan misi tersebut adalah sebagai berikut. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif pelbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil dan kontribusi positif tersebut, maka para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan-pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya. Oleh karenanya, seluruh elemen dari sistem kesehatan daerah harus berperan sebagai penggerak utama pembangunan berwawasan kesehatan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah tanggung jawab bersama antara pemerintah dan swasta. Tanggung jawab para penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat. Oleh karena itu, salah satu upaya kesehatan pokok untuk mewujudkan visi pembangunan kesehatan di daerah adalah dengan meningkatkan kinerja institusi sektor kesehatan dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kemudian kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah, dan swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatannya, hanya sedikit yang akan dicapai. Perilaku sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya pokok sektor kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

Untuk mencapai visi, misi, tujuan, dan sasaran, maka disusunlah program-program Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow, yang mencakup program-program berikut. 1) Program lingkungan sehat; 2) program perilaku hidup sehat; 3) program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan; 4) program upaya kesehatan; 5) program perbaikan gizi masyarakat; 6) program sumber daya kesehatan; program obat, makanan, dan bahan berbahaya; dan 7) program kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan. Dari ketujuh program bidang kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow tersebut, tidak ada satu pun program yang secara eksplisit memfokuskan kepada warga miskin, semuanya memprogramkan pelayanan masyarakat, baik warga miskin maupun yang tidak miskin. Hal ini dapat dimaknai sebagai kurangnya sensitivitas Pemda terhadap masyarakat miskin dan

kemungkinan karena program-program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sudah terprogram oleh pemerintah pusat maupun pemerintah Provinsi Sulawesi Utara.

Strategi yang digunakan oleh Dinas Kesehatan kabupaten Bolaang Mongondow dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah memberikan pelayanan sesuai dengan Program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Pelayanan yang dimaksud meliputi 1) pelayanan kesehatan dasar: pengobatan dan perawatan di luar gedung, 2) pelayanan kebidanan: *ante natal care*, *post natal care*, pertolongan persalinan, dan rujukan ibu hamil, serta 3) revitalisasi posyandu: pelatihan kader, rekrutmen kader baru, insentif transportasi kader untuk mengadakan kegiatan semacam *sweeping* yang sasarannya adalah Posyandu-Posyandu yang dinyatakan *drop out*, dengan cara kader mengadakan kunjungan ke rumah-rumah untuk mengadakan pelayanan penimbangan. Kegiatan *sweeping* ini khususnya dilakukan bagi mereka (warga miskin) yang tidak membawa anaknya ke posyandu karena ada anggapan bahwa anak yang sudah melewati umur imunisasi sudah tidak memerlukan pelayanan penimbangan dan memperoleh pelayanan Posyandu, padahal anak tersebut sebenarnya masih menjadi target imunisasi.

Untuk mempertegas pelaksanaan program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (pemegang kartu Askeskin) di Kabupaten Bolaang Mongondow, Kepala Dinas Kesehatan menyatakan hal di bawah ini.

“Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan program yang ditetapkan (protap), yaitu bagi warga miskin yang memiliki kartu Askeskin diarahkan untuk datang ke pemberi pelayanan kesehatan dasar terdekat (Puskesmas/Pustu) dengan membawa identitas (kartu Askeskin), kemudian akan mendapat pelayanan secara berjenjang hingga ke RSUD bagi pasien yang mendapat rujukan”.

Tabel 1
Data Jumlah Asuransi Masyarakat Miskin (Askeskin) se-Kabupaten Bolaang Mongondow
Sesuai Kuota Tahun 2006/2007

| Nama Puskesmas | Jumlah Penduduk Miskin | | |
|----------------|------------------------|---------------|----------------|
| | Kuota Tahun 2005/2006 | Kuota 2007 | |
| | | RTM | ART |
| Motoboi Kecil | 8.949 | 814 | 3.285 |
| Gogagoman | 9.602 | 782 | 3.291 |
| Bilalang | 9.351 | 291 | 1.203 |
| Modayag | 8.468 | 1.704 | 6.598 |
| Tungoi | 6.845 | 1.354 | 2.388 |
| Tanoyan | 3.604 | 496 | 1.920 |
| Mopuya | 4.855 | 874 | 3.348 |
| Imandi | 11.139 | 1.647 | 6.497 |
| Pusian | 3.713 | 926 | 3.750 |
| Molibagu | 4.791 | 1.177 | 4.952 |
| Mamalia | 4.029 | 1.017 | 4.235 |
| Pinolosian | 3.367 | 1.260 | 5.485 |
| Dumagin | 1.921 | 828 | 3.494 |
| Kotabunan | 5.651 | 869 | 3.785 |
| Nuangan | 3.474 | 522 | 1.962 |
| Poigar | 4.737 | 1.242 | 4.754 |
| Inobonto | 5.141 | 971 | 3.920 |
| Komangaan | 2.843 | 304 | 1.331 |
| Lolak | 6.274 | 1.354 | 5.588 |
| Maelang | 2.629 | 680 | 2.858 |
| Sangkub | 2.091 | 646 | 2.663 |
| Bintauna | 3.227 | 540 | 1.893 |
| Bohabak | 3.125 | 988 | 3.566 |
| Bolaang Itang | 3.540 | 1.008 | 4.354 |
| Buroko | 2.755 | 1.011 | 3.841 |
| Buko | 2.579 | 959 | 3.670 |
| Kotobangon | 0 | 705 | 2.849 |
| Pangjan | 0 | 924 | 3.363 |
| Passi Barat | 0 | 588 | 2.328 |
| Doloduo | 0 | 1.627 | 6.608 |
| Upai | 0 | 321 | 1.193 |
| Jumlah | 128.700 | 27.662 | 110.972 |

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow, 2008

Pernyataan tersebut menggambarkan bahwa Dinas Kesehatan cukup serius dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin walaupun program yang dilaksanakan masih melanjutkan program dari pusat. Sebagai program pusat, maka hal-hal yang berhubungan dengan kepemilikan kartu Askeskin disesuaikan dengan ketentuan pusat, yaitu sistem kuota. Jumlah masyarakat miskin yang menerima manfaat berupa Asuransi Kesehatan Masyarakat

Miskin (Askeskin) disampaikan sesuai kuota per Puskesmas yang tersebar di wilayah Kabupaten Bolaang Mongondow.

Pada Tabel 1 dapat diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang terlibat dalam penanganan Askeskin di Kabupaten Bolaang Mongondow berjumlah 31 unit. Pada 2005/2006 jumlah kuota penduduk miskin mencapai 128.700 orang, sedangkan kuota pada 2007 adalah sebanyak

27.662 rumah tangga miskin (RTM) atau meliputi 110.972 anggota rumah tangga (ART).

Puskesmas sebagai institusi terbawah secara struktural menjadi ujung tombak pelaksana kebijakan dari tingkat yang lebih atas, baik melanjutkan program pemerintah pusat berupa program Askeskin maupun mengimplementasikan kebijakan dari pemerintah provinsi atau pemerintah kabupaten yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan bagi warga miskin. Dengan demikian, kebijakan Puskesmas yang mengatur pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sepenuhnya berdasarkan program dari pemerintah pusat maupun daerah. Terkait dengan program Askeskin, realisasi pemanfaatan dana Askeskin yang disalurkan melalui Puskesmas se-Kabupaten Bolaang Mongondow dapat dilihat pada Tabel 2.

Pada Tabel 2 dapat diketahui bahwa hingga 14 Januari 2008 besarnya realisasi (penarikan dan pemanfaatan) dana Askeskin mencapai 80 persen lebih. Jika dirinci, maka dana pertolongan persalinan dapat direalisasikan 100 persen, sedangkan dana untuk pelayanan kesehatan dasar menyisakan sekitar Rp223.243.000,00 atau dapat direalisasikan sebesar 12,6 persen. Dengan demikian, masih ada dana yang dapat dimanfaatkan oleh warga miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan walaupun untuk tiap-tiap Puskesmas besarnya tidak sama. Terkait dengan pelayanan kesehatan dasar, menurut Wijono (2000), yang termasuk pelayanan kesehatan dasar adalah imunisasi, *Ante Natal Care* (ANC), pengobatan TBC paru, malaria, demam berdarah dengue, Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diare, gizi (kurang kalori protein, anemia besi, kekurangan iodium), Keluarga Berencana (KB), UKS, termasuk pengobatan cacangan.

Pelayanan imunisasi di Kabupaten Bolaang Mongondow telah dilaksanakan meskipun belum optimal karena belum menjangkau seluruh warga miskin di wilayah tersebut. Sebagai contoh adalah Puskesmas Gogagoman yang

mencakup wilayah kerja di 5 (lima) desa, yakni Mongkonai, Molinow, Gogagoman, Mogolaing, dan Kotamobagu I, telah memberikan pelayanan imunisasi kepada 2.036 KK warga miskin yang memiliki kartu Askeskin, melalui 8 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dengan 24 kader Posyandu yang aktif. Namun dalam pelayanan Posyandu tersebut tidak pernah ada program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) seperti yang disampaikan oleh kepala Puskesmas Gogagoman dan informan warga miskin. Rata-rata balita yang berumur kurang dari 3 tahun tidak mendapatkan pelayanan makanan tambahan dan tidak mendapatkan penyuluhan kesehatan khusus yang berhubungan dengan kesehatan balita. Pelayanan imunisasi yang diperoleh hanya berupa penimbangan berat badan, pemberian pil vitamin A, dan garam beryodium. Selain itu, juga tidak pernah diadakan penyuluhan menyangkut pelayanan Posyandu secara khusus kepada warga miskin sehingga mereka termotivasi untuk membawa anaknya ke Posyandu. Warga hanya tahu bahwa untuk mendapatkan pelayanan imunisasi mereka harus membayar Rp1.000,00 s.d. Rp20.000,00 per satu kali pelayanan imunisasi (polio, DPT, campak, dan hepatitis B).

Pelayanan *ante natal care* (ANC) di Kabupaten Bolaang Mongondow khususnya untuk masyarakat miskin juga mendapat perhatian. Hal ini seperti disampaikan oleh Kepala Subdinas Penyuluhan Urusan JPKM berikut ini.

“Pada prinsipnya pemegang kartu Askeskin dilayani pada semua unit pelayanan kesehatan, mulai dari Pustu, Polindes, Puskesmas hingga ke RSUD termasuk pelayanan kebidanan yang meliputi *Ante Natal Care*, pertolongan persalinan sampai pada rujukan ibu hamil ... semuanya tidak dipungut biaya alias gratis”.

Namun dalam pelaksanaannya masih jauh dari apa yang diharapkan karena ternyata masyarakat miskin masih harus membayar sejumlah uang dalam kasus pertolongan

Tabel 2
Laporan Dana Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Realisasi Pemanfaatan di Puskesmas se-Kabupaten Bolaang Mongondow Tahun 2007

| Puskesmas | Alokasi Dana | | | Penarikan & Pemanfaatan Dana | | Saldo Pelayanan Kesehatan Dasar (Rp) |
|---------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| | Pelayanan Kesehatan Dasar (Rp) | Pertolongan Persalinan (Rp) | Jumlah Dana ASKESKIN (Rp) | Pelayanan Kesehatan Dasar (Rp) | Pertolongan Persalinan (Rp) | |
| Motoboi Kecil | 44,600,000 | 12,400,000 | 57,000,000 | 44,503,000 | 12,400,000 | 97,000 |
| Gogagoman | 43,000,000 | 12,200,000 | 55,200,000 | 41,362,000 | 12,200,000 | 1,638,000 |
| Kotobangon | 38,500,000 | 11,400,000 | 49,900,000 | 38,284,250 | 11,400,000 | 215,750 |
| Upai | 16,200,000 | 7,800,000 | 24,000,000 | 16,103,000 | 7,800,000 | 97,000 |
| Bilalang | 16,350,000 | 7,800,000 | 24,150,000 | 16,050,250 | 7,800,000 | 299,750 |
| Passi | 31,600,000 | 10,400,000 | 42,000,000 | 31,405,500 | 10,400,000 | 194,500 |
| Pangian | 43,200,000 | 12,200,000 | 55,400,000 | 42,503,000 | 12,200,000 | 697,000 |
| Modayag | 93,550,000 | 34,650,000 | 128,200,000 | 41,265,500 | 34,650,000 | 52,284,500 |
| Tungoi | 32,470,000 | 10,400,000 | 42,870,000 | 32,088,000 | 10,400,000 | 382,000 |
| Tanoyan | 26,100,000 | 9,400,000 | 35,500,000 | 12,224,750 | 9,400,000 | 13,875,250 |
| Mopuya | 66,400,000 | 22,050,000 | 88,450,000 | 42,853,000 | 22,050,000 | 23,547,000 |
| Doloduo | 89,750,000 | 19,800,000 | 109,550,000 | 88,103,000 | 19,800,000 | 1,647,000 |
| Imandi | 101,500,000 | 33,950,000 | 135,450,000 | 47,578,000 | 33,950,000 | 53,922,000 |
| Pusian | 51,000,000 | 13,400,000 | 64,400,000 | 50,753,000 | 13,400,000 | 247,000 |
| Molibagu | 82,200,000 | 16,000,000 | 98,200,000 | 82,103,000 | 16,000,000 | 97,000 |
| Mamalia | 77,600,000 | 25,550,000 | 103,150,000 | 77,353,000 | 25,550,000 | 247,000 |
| Pinolosian | 99,550,000 | 30,100,000 | 129,650,000 | 97,084,750 | 30,100,000 | 2,465,250 |
| Dumagin | 47,500,000 | 12,800,000 | 60,300,000 | 46,503,000 | 12,800,000 | 997,000 |
| Kotabunan | 66,450,000 | 14,700,000 | 81,150,000 | 56,479,000 | 14,700,000 | 9,971,000 |
| Nuangan | 41,850,000 | 16,800,000 | 58,650,000 | 30,241,000 | 16,800,000 | 11,609,000 |
| Poigar | 64,500,000 | 10,400,000 | 74,900,000 | 64,193,000 | 10,400,000 | 307,000 |
| Inobonto | 99,000,000 | 24,500,000 | 123,500,000 | 94,737,000 | 24,500,000 | 4,263,000 |
| Komangaan | 18,100,000 | 8,200,000 | 26,300,000 | 2,958,000 | 8,200,000 | 15,142,000 |
| Lolak | 95,900,000 | 21,350,000 | 117,250,000 | 95,800,000 | 21,350,000 | 100,000 |
| Maelang | 58,800,000 | 11,200,000 | 70,000,000 | 37,403,000 | 11,200,000 | 21,397,000 |
| Sangkub | 32,100,000 | 6,292,000 | 38,392,000 | 32,011,000 | 6,292,000 | 89,000 |
| Bintauna | 40,700,000 | 16,450,000 | 57,150,000 | 36,537,000 | 16,450,000 | 4,163,000 |
| Bohabak | 48,400,000 | 8,800,000 | 57,200,000 | 48,058,000 | 8,800,000 | 342,000 |
| Bolaang Itang | 80,000,000 | 24,150,000 | 104,150,000 | 79,753,000 | 24,150,000 | 247,000 |
| Boruko | 73,000,000 | 19,250,000 | 92,250,000 | 71,403,000 | 19,250,000 | 1,597,000 |
| Buko | 51,869,000 | 10,600,000 | 62,469,000 | 50,803,000 | 10,600,000 | 1,066,000 |
| Jumlah | 1,771,739,000 | 494,992,000 | 2,266,731,000 | 1,548,496,000 | 494,992,000 | 223,243,000 |

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow, 2007

persalinan seperti yang dialami oleh salah satu informan yang memiliki kartu Askeskin berikut ini.

“Saya telah memeriksakan kehamilan selama tiga kali di Puskesmas dengan total biaya Rp10.000,00 dan biaya persalinan sebesar Rp400.000,00”.

Sebagai warga miskin, biaya sebesar ini dianggap memberatkan kelangsungan hidupnya, sementara dalam Tabel 2 tentang Dana Program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin

(Askeskin) dan Realisasi Pemanfaatan di Puskesmas se-Kabupaten Bolaang Mongondow Tahun 2007 menyatakan bahwa realisasi pertolongan persalinan telah mencapai 100 persen. Terdapat kemungkinan realisasi anggaran yang mencapai 100 persen menjadi salah satu penyebab munculnya biaya persalinan karena banyaknya persalinan yang harus dibiayai dibandingkan dengan ketersediaan anggaran. Oleh karena itu, warga miskin masih tetap harus membayar. Selain itu, ada indikasi bahwa pelayanan bagi warga miskin

(pemegang kartu Askeskin) hanya dilayani pada fasilitas kesehatan milik pemerintah, yaitu Puskesmas dan jaringannya, “terbatas pada ruang” dan pada jam kerja, yaitu 08.00 – 13.00. Setelah selesai jam kerja tersebut, maka pelayanan kesehatan dianggap pelayanan swasta sehingga harus membayar.

Pelayanan penyakit menular, seperti TBC dan kusta, tidak membedakan warga miskin maupun tidak miskin karena semuanya diberikan secara gratis. Hal ini disampaikan oleh salah seorang petugas Puskesmas Kotobangon yang khusus menangani pengobatan TBC dan kusta berikut ini.

“... untuk pelayanan TBC dan kusta di Puskesmas kami, tidak membedakan antara yang kaya maupun miskin, semuanya dilayani dengan gratis, obat diberikan secara cuma-cuma. Bagi penderita TBC, pelayanan obatnya diberikan setiap dua minggu sekali, sedangkan kusta diberikan setiap minggu. Bahkan dari pihak Puskesmas selalu mengunjungi ke rumah-rumah warga miskin untuk mengantarkan obat apabila warga miskin tidak datang karena tidak adanya biaya transportasi”.

Kendala dalam Mengakses Pelayanan Kesehatan

Kendala-kendala yang dihadapi dalam mengakses pelayanan kesehatan terbagi atas dua, yaitu kendala internal dan kendala eksternal. Kendala internal yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kendala-kendala yang berasal dari warga miskin pemegang kartu Askeskin sebagai pengguna layanan kesehatan (klien) dalam mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon. Kendala tersebut, antara lain, adalah rendahnya kesadaran warga miskin untuk berperilaku hidup sehat. Hal ini terbukti dari hasil observasi dan wawancara mendalam pada beberapa informan warga miskin kota yang bertempat tinggal di desa/Kelurahan Gogagoman dan Kotobangon. Dari hasil wawancara hampir semua informan

menyatakan tidak memiliki akses terhadap air bersih (air PAM) dan tempat buang air besar (WC) yang memenuhi syarat. Air yang dikonsumsi (minum dan memasak) selama ini berasal dari sumur dan sungai (*koala*) dengan kondisi air kurang baik (tidak higienis atau keruh). Hampir semua informan menyatakan bahwa mereka masih buang air besar di sungai (*koala*). Hasil observasi ke rumah warga miskin juga menunjukkan bahwa umumnya warga miskin kota di Kabupaten Bolaang Mongondow masih hidup dengan lingkungan yang dapat dikatakan kumuh dan tidak sehat. Selain itu, juga masih dijumpai beberapa kebiasaan buruk lain, seperti merokok yang berlebihan dan minum minuman beralkohol sehingga semakin merusak dan memperburuk kondisi kesehatan warga miskin.

Meskipun memiliki kartu Askeskin, warga miskin enggan untuk berobat ke Puskesmas karena beranggapan bahwa obat yang diberikan tidak manjur. Oleh karenanya, warga miskin cenderung berobat di klinik swasta atau dokter praktik meskipun biayanya lebih mahal. Menurut pengakuan informan, warga miskin lebih suka untuk berobat ke dokter praktik daripada ke Puskesmas karena pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas terkesan asal-asalan, tidak dengan perhatian khusus, sehingga secara psikologis tidak mendukung ke arah penyembuhan pasien. Selain itu, ketidakpahaman warga miskin mengenai kegunaan kartu Askeskin juga memengaruhi keengganan mereka memanfaatkannya. Hal ini diakui oleh beberapa informan bahwa mereka tidak memahami manfaat dan mekanisme pelayanan Askeskin, apalagi hak-hak yang harus mereka peroleh. Hal ini diduga akibat rendahnya tingkat pendidikan dan kesibukannya mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Warga miskin masih belum merasakan manfaat yang signifikan dari kartu Askeskin sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang diperoleh di Puskesmas dan jaringannya. Kartu Askeskin masih dianggap sebagai secarik kertas yang tidak berarti apa-apa, terutama dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Di samping adanya kendala internal yang berasal dari pihak pengguna layanan (dalam hal ini warga miskin), dalam pelayanan kesehatan juga dijumpai kendala eksternal, yaitu kendala yang berasal dari penyedia layanan kesehatan. Dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow dan Puskesmas Gogagoman dan Puskesmas Kotobangon. Kendala-kendala tersebut, antara lain, meliputi ketersediaan tenaga kesehatan (kuantitas dan kualitas), sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, sistem pelayanan (termasuk sikap pemberi layanan), serta ketersediaan obat.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow menyatakan bahwa jumlah tenaga kesehatan, seperti dokter (umum, spesialis, gigi), sarjana kesehatan masyarakat, tenaga epidemiologi, tenaga entomologi, dan tenaga asuransi kesehatan masih sangat kurang jumlahnya. Akibat dari kurangnya tenaga kesehatan tersebut adalah distribusi pelayanan kesehatan menjadi tidak merata pada setiap kecamatan di wilayah Kabupaten Bolaang Mongondow. Menurut penuturan petugas kesehatan di Puskesmas Gogagoman, wilayahnya memiliki jumlah penduduk terbanyak dan perbandingan antara penduduk miskin dan tidak tergolong seimbang. Namun dengan jumlah tenaga kesehatan yang terbatas, pada musim hujan mereka sering kewalahan memberikan pelayanan kesehatan ekstra kepada masyarakat yang umumnya warga miskin karena pada musim tersebut banyak yang terserang penyakit.

Selain aspek jumlah, kualitas tenaga kesehatan terutama dalam bidang teknis medis, seperti bidan, perawat, dan ahli gizi, masih tergolong kurang, terutama dari segi kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Informan tenaga kesehatan di Puskesmas Kotobangon menyatakan bahwa ia sering mendapatkan keluhan dari warga masyarakat miskin tentang pelayanan kesehatan yang kurang baik atau terkesan asal-asalan yang diperoleh dari petugas kesehatan di wilayahnya. Kenyataan ini

tentu saja mengecewakan warga masyarakat miskin, terutama dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal tersebut diperkuat dengan kurangnya persentase penduduk miskin yang mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas tersebut karena warga miskin pemegang kartu Askeskin cenderung mengakses pelayanan kesehatan langsung ke RSUD.

Keterbatasan tenaga pelayanan kesehatan ini mengakibatkan mutu pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kabupaten Bolaang Mongondow menjadi rendah. Hal ini terutama yang terkait dengan tata cara memberikan pelayanan yang meliputi upaya pencegahan (preventif), mampu menjangkau semua lapisan masyarakat (*comprehensive*), melayani rujukan spesialis, paramedik dan pelayanan konsultasi (*coordinative*), pelayanan kesehatan yang berkelanjutan (*sustainable*), dan rasional sehingga mampu memuaskan masyarakat.

Dalam Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow tercantum beberapa program yang mengatur tentang upaya preventif menyangkut pelayanan kesehatan, seperti penyuluhan dan pemberian makanan tambahan, namun hal tersebut belum menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Pelayanan kesehatan rujukan spesialis, paramedik, dan pelayanan konsultasi (*coordinative*) juga belum dilaksanakan secara maksimal yang terbukti dengan warga miskin yang datang ke Puskesmas tidak pernah diperiksa oleh dokter. Pelayanan kesehatan yang diperoleh selama ini hanya dari bidan desa dan perawat biasa sehingga mutu pelayanan yang diterima pun terkesan rendah. Pihak Puskesmas kurang peka merespons beberapa keluhan dari warga miskin. Petugas kesehatan, bahkan tidak pernah memberikan penjelasan secara terperinci tentang apa yang harus dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan pasien ketika sakit.

Menurut Kepala Dinas Kesehatan, sistem informasi kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow belum berjalan dengan baik. Penyampaian informasi pelayanan kesehatan ke Puskesmas-Puskesmas masih terkendala oleh

minimnya sarana dan prasarana pendukung, seperti alat penyebaran informasi berupa media cetak dan elektronik. Salah satu bentuk belum optimalnya penyebaran sistem informasi tampak pada implementasi program Askeskin. Hingga saat ini hampir semua warga miskin yang mendapatkan kartu Askeskin belum memahami manfaat dan hak dari kepemilikan kartu Askeskin tersebut. Di dua Puskesmas yang berada di wilayah Kotamobagu, warga miskin yang sakit masih harus membayar di loket pendaftaran, membayar biaya imunisasi di Posyandu, serta membayar jasa bidan yang membantu proses persalinan dan perawatan sesudah melahirkan. Praktik-praktik tersebut terjadi sebagai akibat dari ketidakpahaman petugas kesehatan tentang manfaat dari program Askeskin, yang membebaskan biaya pelayanan kesehatan bagi warga miskin.

Kurangnya penyebaran informasi terkait dengan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh lemahnya koordinasi lintas sektoral, terutama menyangkut komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten Bolaang Mongondow, DPRD, swasta (LSM), dan partisipasi masyarakat (masyarakat miskin). Hal ini mengindikasikan bahwa pelayanan kesehatan yang menyangkut penyebaran informasi kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow semata-mata masih menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan saja. Oleh karenanya, apa yang selama ini dilaksanakan, baik berupa sosialisasi maupun motivasi kepada tenaga kesehatan di jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow, belum dapat memberikan hasil yang memuaskan karena kurangnya koordinasi lintas sektoral.

Salah satu faktor yang memengaruhi akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan adalah sarana transportasi. Meskipun mempunyai kartu Askeskin untuk berobat gratis, warga miskin tetap tidak dapat mencapai pusat layanan kesehatan karena tidak ada biaya untuk transportasi. Salah satu contoh kasus adalah salah satu informan warga miskin pernah mengalami kendala dalam mengakses pe-

layanan kesehatan sehubungan dengan gangguan kelumpuhan yang dialami oleh istrinya. Ia terpaksa harus menyewa kendaraan sendiri agar dapat mengantar istrinya berobat. Fasilitas penunjang layanan kesehatan, seperti alat transportasi (ambulans) milik Puskesmas, belum dapat memenuhi kebutuhan warga miskin, terutama yang rumah tempat tinggalnya jauh. Bahkan menurut penuturan petugas kesehatan di Puskesmas Kotobangon, ia sering mengeluarkan uang pribadi untuk membantu ongkos transportasi penduduk miskin yang memerlukan pengobatan rawat jalan.

Selain masalah transportasi, persediaan obat juga masih perlu ditingkatkan. Beberapa informan warga miskin beranggapan bahwa persediaan obat, khususnya untuk pasien dengan kartu Askeskin, kurang manjur. Pasien dengan sakit yang berbeda-beda diberi obat yang sama (sering kali yang diberikan hanya vitamin) sehingga bukan kesembuhan yang diperoleh, bahkan kadang justru muncul efek yang lain. Jika menghendaki obat dengan jenis yang lain, pihak Puskesmas hanya memberi resep untuk dibeli obatnya di apotik, yang hal ini berarti pasien harus mengeluarkan uang untuk menebus obat tersebut.

Pelayanan kesehatan di Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon secara umum tidak memperlihatkan adanya tindakan diskriminasi. Diskriminasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pelayanan kesehatan yang diberikan tidak membedakan ras, suku, agama, budaya, daerah, pendidikan, status sosial (miskin atau kaya), tetapi diberikan sesuai dengan hak dan martabatnya sebagai manusia. Meskipun secara umum tidak dijumpai adanya sikap diskriminatif petugas dalam melayani pasien utamanya warga miskin, pelayanan yang diberikan masih bersifat standar. Petugas belum memberikan penjelasan dengan baik, terutama mengenai cara hidup sehat bagi pasien yang datang berobat. Kemungkinan hal ini berkaitan dengan insentif yang diterima petugas. Berbeda halnya dengan petugas pada praktik swasta yang langsung menerima pembayaran dari

pasien sehingga dalam melayani pasien lebih optimal dan pasien merasa terpuaskan. Di Puskesmas, hal ini jarang ditemui dengan alasan pasien yang menunggu banyak sehingga tidak tersedia waktu cukup untuk melayani konsultasi kesehatan. Kurangnya perhatian dari petugas kesehatan kepada pasien warga miskin akan berdampak buruk pada upaya-upaya penyembuhan karena warga miskin umumnya berpendidikan rendah yang membutuhkan perhatian dan penjelasan ekstra.

Faktor yang Berpengaruh

Di samping berbagai kendala yang telah disebutkan, terdapat faktor lain yang juga memengaruhi masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan. Faktor tersebut, antara lain, adalah faktor geografis, ekonomis, sosial budaya, organisasi, dan bahasa. Mengacu pada apa yang disampaikan oleh Lori Diprete Brown, et.al. tentang akses terhadap pelayanan, pelayanan kesehatan seharusnya tidak terhalang oleh keadaan geografis, ekonomi, sosial dan budaya, organisasi, atau hambatan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan, dan hambatan fisik lainnya yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan dengan pembiayaannya terjangkau pasien (*affordability*). Akses sosial dan budaya berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang berkaitan dengan nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana pelayanan diatur untuk kenyamanan pasien, jam kerja klinik, dan waktu tunggu. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa dan dialek setempat yang dipahami pasien.

Jarak rumah dengan pusat layanan kesehatan menjadi pertimbangan seseorang untuk mengakses pelayanan resmi dari pemerintah atau mencari alternatif yang lain (swasta). Ada kecenderungan bahwa semakin jauh jarak (akses) mereka ke tempat pelayanan

kesehatan, maka semakin mereka memutuskan untuk mencari alternatif lain dalam mengobati penyakit mereka, demikian juga sebaliknya. Jarak rumah tinggal warga miskin sebagai pemegang kartu Askeskin dengan Puskesmas berkisar antara 0,5 sampai dengan 3 km. Dengan tersedianya sarana transportasi jalan darat, mudah bagi pasien untuk menjangkau fasilitas kesehatan. Hal ini dapat dibuktikan dengan cukup tingginya kunjungan masyarakat ketika mereka atau anggota keluarganya yang sedang sakit. Apalagi karena sarana kesehatan lainnya, seperti rumah sakit pemerintah maupun swasta dan bahkan pengobatan alternatif lain, jaraknya relatif jauh dari tempat tinggal mereka.

Sarana transportasi yang digunakan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan pada umumnya adalah becak bermotor (bentor) dengan ongkos Rp3.000,00 per orang dengan waktu tempuh antara 5 menit sampai dengan 30 menit. Jika berjalan kaki, waktu yang diperlukan sekitar 15 hingga 30 menit. Kondisi jalan umumnya sudah diaspal, namun ada beberapa tempat yang kondisi aspalnya rusak sehingga kadang sulit mendapatkan kendaraan yang akan melayani mereka. Sebetulnya setiap Puskesmas memiliki satu buah ambulans yang dapat dipergunakan untuk warga yang membutuhkan, misalnya bagi pasien yang membutuhkan rujukan pelayanan kesehatan ke fasilitas yang lebih besar lagi, seperti rumah sakit yang umumnya berada di ibukota kabupaten yang jaraknya relatif jauh. Akan tetapi, salah seorang informan menyatakan pernah mengalami kesulitan ketika istrinya sakit dan tidak dapat berjalan. Pihak pasien telah meminta bantuan kepada puskesmas, namun pihak Puskesmas tidak dapat mengantar atau menjemput dengan menggunakan ambulans dengan alasan tidak ada supir.

Menurut data BPS, diketahui bahwa Kabupaten Bolaang Mongondow secara administratif terbagi ke dalam 32 kecamatan dan 329 desa/kelurahan. Jika data ini dikaitkan dengan jumlah fasilitas kesehatan yang terdiri

dari 5 buah rumah sakit, 31 Puskesmas, 239 Puskesmas Pembantu, dan 389 Posyandu, maka dapat diinterpretasikan bahwa seluruh kecamatan yang ada di Kabupaten Bolaang Mongondow memiliki 1 unit Puskesmas (walaupun masih ada 1 kecamatan, yaitu Kecamatan Kaidiping, yang belum memilikinya). Hal ini disebabkan oleh jarak antara kecamatan ini dengan kecamatan tetangga relatif dekat sehingga dengan alasan efisiensi, hanya ada Puskesmas Pembantu dan Posyandu untuk lebih menjangkau atau membuka akses bagi warga masyarakat yang relatif jauh dengan Puskesmas.

Akses ekonomi merupakan faktor penting bagi warga miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas. Warga miskin cenderung mengabaikan kesehatan mereka karena ketiadaan biaya. Persoalan ekonomi sering kali menjadi satu alasan keengganan mereka untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika sakit. Seseorang yang bergantung pada pekerjaan dengan upah yang relatif rendah dan tidak menentu akan kehilangan penghasilan ketika mereka tidak bekerja karena sakit. Demikian halnya warga miskin di lokasi penelitian yang sebagian besar adalah buruh tani yang pendapatan per bulannya berkisar antara Rp150.000,00 – Rp300.000,00/bulan. Kerugian itu akan semakin bertambah ketika mereka harus mengeluarkan uang untuk membiayai pengobatan, terlebih lagi jika uang yang digunakan tersebut diperoleh dari hasil pinjaman dari pihak lain. Kondisi itulah yang membuat mereka tidak memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Adanya Askeskin tentu saja sangat membantu mereka mendapatkan pelayanan kesehatan dasar apabila dilaksanakan sesuai dengan aturan yang berlaku. Namun dalam pelaksanaan di lapangan, pasien masih harus mengeluarkan uang untuk biaya pelayanan kesehatan, seperti uang untuk membayar jasa persalinan bidan sebesar Rp400.000,00; membayar uang loket sebesar Rp4.000,00; dan membayar kartu KMS/KIA bagi balita sebesar Rp5.000,00; bahkan rata-rata biaya yang telah

dikeluarkan untuk Posyandu berkisar antara Rp6.000,00 sampai dengan Rp28.000,00.

Faktor sosial dan budaya juga memengaruhi masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan, nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku warga miskin di Bolaang Mongondow sedikit banyak memengaruhi pemahaman dan penerimaan seseorang terhadap suatu fenomena maupun program. Perilaku hidup sehat misalnya, lebih sulit diterapkan pada masyarakat di lokasi penelitian yang tingkat pendidikannya rendah, apalagi yang mempunyai nilai budaya yang kurang memperhatikan masalah kesehatan. Sehubungan dengan budaya, tiap suku bangsa memiliki nilai-nilai yang menjadi acuan dalam perilaku sehari-hari. Inilah yang membedakan antara satu komunitas dengan komunitas yang lainnya dalam menyikapi suatu fenomena maupun dalam bertindak ketika mereka dalam kondisi sakit. Masih terkait dengan budaya, salah satu persoalan yang dapat menghambat akses pelayanan adalah berhubungan erat dengan faktor bahasa. Bahasa yang dimaksud adalah bahasa komunikasi yang digunakan (bahasa Indonesia maupun bahasa lokal), baik oleh penyedia layanan maupun masyarakat yang dilayani; dapat juga bahasa medis yang digunakan oleh dokter maupun perawat setelah melakukan pemeriksaan dan menyampaikan hasilnya.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di lapangan, diketahui bahwa umumnya bahasa yang digunakan adalah bahasa setempat sehingga warga masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan relatif mudah untuk berkomunikasi ataupun komunikasi yang dilakukan relatif lancar. Dokter maupun para perawat yang umumnya juga penduduk daerah setempat yang menyesuaikan dengan kondisi pasien sehingga tidak ada masalah yang berarti. Pasien yang merupakan warga miskin tanpa mempunyai keluhan terkait hal ini dan menerima apa yang sudah disampaikan oleh dokter maupun para perawat.

Selain budaya, faktor agama sedikit banyak juga memengaruhi pola hidup seseorang. Berkaitan dengan dua hal tersebut, baik budaya maupun agama tidak ada satu rumor maupun keyakinan masyarakat di Bolaang Mongondow yang terlalu menghambat akses mereka mendapatkan pelayanan kesehatan. Namun di beberapa tempat pelayanan Posyandu bagi anak/balita masih dijumpai adanya anggapan bahwa anak yang sudah melewati batas umur Posyandu tidak dapat memperoleh pelayanan Posyandu.

Terkait dengan budaya atau anggapan tersebut, salah satu informan menyatakan bahwa anaknya sudah tidak lagi memperoleh pelayanan Posyandu karena sudah lewat umur, sementara anak/balita tersebut masih memerlukan pelayanan imunisasi karena belum memperoleh imunisasi lengkap. Kesadaran penduduk miskin untuk berperilaku hidup sehat di wilayah Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon tergolong rendah dan rata-rata hidup pada lingkungan kumuh dengan kondisi air minum yang tidak higienis (air sumur keruh). Hal ini menyebabkan warga miskin rentan terhadap berbagai penyakit. Keadaan tersebut diperburuk dengan kurangnya sosialisasi dan motivasi yang diberikan oleh pihak kesehatan tentang perilaku hidup sehat, khususnya bagi warga miskin. Sehubungan dengan program Askeskin, menurut pengakuan beberapa informan, mereka tidak pernah mendapat penjelasan yang baik dan akurat tentang program Askeskin. Selama ini informasi yang diperoleh berasal dari teman atau tetangga atau dari media cetak dan elektronik sehingga interpretasinya juga tidak sama.

Faktor lain yang memengaruhi akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan adalah unsur organisasi, yaitu berkaitan dengan pelayanan birokrasi pelayanan kesehatan di Puskesmas, tata cara, dan mekanisme pelayanan terhadap warga miskin. Hal ini dapat dilihat dari adanya sosialisasi dan motivasi dari berbagai *stakeholder*, seperti petugas kesehatan (bidan, mantri, tokoh masyarakat (ketua RT/RW) dan pihak ke-

lurahan/desa ternyata juga berhasil memengaruhi warga miskin untuk lebih memilih Puskesmas sebagai sarana untuk pelayanan kesehatan mereka dibandingkan dengan sarana milik swasta ataupun pengobatan alternatif. Petugas kesehatan yang dibantu juga tokoh masyarakat serta aparat desa/kelurahan setempat telah menghimbau atau melakukan sosialisasi tentang pentingnya kesehatan dan pentingnya memperoleh pelayanan di Puskesmas. Tindakan ini dapat dikatakan efektif karena memang mereka adalah orang-orang yang sangat dekat dengan para warga miskin dan dihormati sehingga segala sesuatu yang disarankan mereka relatif akan dipatuhi dan dilaksanakan.

Masalah waktu juga merupakan salah satu faktor yang menjadi pertimbangan seseorang untuk mengakses sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas) milik pemerintah. Informan mengakui bahwa mereka akan mengakses sarana pelayanan kesehatan ini ketika mereka mengalami sakit dan setelah berupaya sebelumnya dengan pengobatan sendiri (beli obat sendiri) dan tidak kunjung sembuh, baru mereka akan datang ke Puskesmas. Akibatnya adalah sering kali penyakit yang mereka derita itu sudah masuk dalam kategori parah sehingga dalam beberapa kasus pihak Puskesmas tidak dapat menangani dan dirujuk ke pihak rumah sakit daerah.

Berkenaan dengan kualitas pelayanan oleh organisasi publik bidang kesehatan ini, secara umum diakui oleh masyarakat bahwa pelayanan yang mereka terima sudah relatif baik, obat yang diberikan adalah generik dan sikap petugas juga sudah ramah. Walaupun terkadang juga ada masyarakat yang mengeluh terhadap pelayanan di Puskesmas, hal itu hanya beberapa kasus saja dan lebih disebabkan oleh kurangnya informasi dan kesalahpahaman. Terkait dengan kualitas, masyarakat dapat memahami karena umumnya sarana dan prasarana kesehatan di puskesmas kecamatan memang tidak selengkap di rumah sakit. Oleh karena itu, jika Puskesmas tidak mampu menanganinya,

biasanya pasien akan dirujuk ke rumah sakit daerah.

Kebijakan dapat dikatakan ideal jika terlebih dulu kebijakan itu disosialisasikan kepada target maupun sasarannya. Dari sini akan diharapkan mereka dapat mengetahui, memahami, dan pada akhirnya dapat melaksanakan serta yang terpenting menjaga hak-hak mereka. Salah satu kebijakan di bidang kesehatan khususnya untuk warga miskin adalah Askeskin. Menurut pengakuan informan, mereka tidak pernah mendapatkan sosialisasi yang jelas dan detail tentang Askeskin tersebut, baik berkenaan dengan manfaatnya maupun prosedurnya. Yang mereka ketahui adalah apabila memiliki kartu Askeskin, mereka diperbolehkan mendapat pelayanan kesehatan (berobat) di Puskesmas dan tanpa dipungut biaya. Walaupun ada juga sebagian informan memperoleh informasi tentang Askeskin, mereka memperolehnya dari mulut ke mulut ataupun dari media massa (cetak dan elektronik). Sayangnya, tetap saja mereka kurang memahami apa sebenarnya Askeskin itu sendiri. Ketidapkahaman mereka ini diduga karena tingkat pendidikan warga miskin umumnya berpendidikan Sekolah Dasar dan kesibukan mereka mencari nafkah sehari-hari sehingga kurang terlibat dalam setiap program pemerintah maupun tidak terlalu serius dalam mencermati berita-berita di media massa (koran lokal, koran nasional maupun televisi). Menurut sebagian warga miskin, sebenarnya informasi itu sudah diberikan oleh pihak kelurahan/desa, RT, dan pihak Puskesmas.

Simpulan

Secara umum, akses pelayanan kesehatan untuk orang miskin di Kabupaten Bolaang Mongondow belum tercapai secara maksimal. Hal ini terindikasi dari banyaknya masalah ataupun kendala yang ditemui di lapangan. Hasil temuan menunjukkan bahwa tidak semua penduduk dapat mengakses pelayanan kesehatan. Masih banyak penduduk yang ketika sakit, walaupun memiliki asuransi, memutuskan untuk merawat sendiri atau bahkan tidak sedikit yang menggunakan fasilitas rawat jalan swasta.

Tidak ditemukan adanya hubungan antara kepemilikan Askeskin dengan peningkatan akses pelayanan kesehatan. Faktor-faktor yang berhubungan dengan akses pelayanan kesehatan di Puskesmas meliputi akses geografis, akses ekonomi, akses sosial dan budaya, akses organisasi, dan akses bahasa. Semua akses ini belum tercapai secara maksimal disertai dengan kualitas pelayanan kesehatan yang masih kurang serta masih adanya diskriminasi pelayanan pada warga miskin pemegang kartu Askeskin sehingga belum meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Hal menarik lain yang ditemukan dalam studi ini adalah masih ditemukan kartu Askeskin yang tidak tepat sasaran. Kartu ini seharusnya bagi kelompok masyarakat tidak mampu, tetapi dalam penelitian ini, tidak ditemukan perbedaan distribusi kartu tersebut antar-kelompok pendapatan.

Secara khusus, pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan suatu hal yang belum terpenuhi di Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon. Dari pengakuan beberapa informan warga miskin, diperoleh jawaban yang bervariasi, ada yang menyatakan bahwa pemeriksaan kesehatan selalu diperoleh dari perawat dan bidan, tidak pernah diperiksa oleh dokter, informan lain menyatakan bahwa obat yang diberikan tidak manjur dan terkesan monoton atau asal-asalan. Beberapa pernyataan tersebut mengindikasikan bahwa mutu pelayanan masih belum optimal. Pelayanan kesehatan di Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon pada masyarakat miskin belum tercapai sepenuhnya karena pelayanan yang diberikan masih terbatas pada upaya-upaya kuratif, rehabilitatif. Dalam arti warga miskin dilayani setelah jatuh sakit, bahkan ada yang sudah pada kondisi sakit parah dan tidak pernah diadakan upaya-upaya preventif, promotif. Hal ini terbukti dari sebelas informan warga miskin menyatakan belum pernah ada penyuluhan dan motivasi untuk berperilaku hidup sehat.

Kendala-kendala yang dihadapi dalam akses pelayanan kesehatan bagi warga miskin adalah (1) kendala internal. Kendala internal meliputi

kurangnya kesadaran warga miskin untuk berperilaku hidup sehat, kurangnya minat warga miskin untuk berobat ke Puskesmas, kurangnya pemahaman tentang manfaat Askeskin, dan kurangnya partisipasi warga miskin dalam kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan. (2) Kendala eksternal yang meliputi kurangnya jumlah tenaga kesehatan, kurangnya kualitas tenaga kesehatan, kurangnya mutu pelayanan kesehatan, penempatan tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan situasi di lapangan, kurangnya sistem informasi kesehatan, terbatasnya alokasi anggaran pembangunan kesehatan, dan terbatasnya fasilitas penunjang pelayanan kesehatan.

Sudah menjadi agenda Dinas Kesehatan untuk meningkatkan pemberian informasi yang berkaitan dengan manfaat dari Askeskin sehingga masyarakat lebih termotivasi untuk berobat ke Puskesmas. Hal ini dapat dilakukan dengan penyebaran informasi melalui media massa lokal yang ada. Di samping itu, perlu ada penambahan stok obat-obatan karena pihak Puskesmas sering menyarankan kepada pasien untuk membeli obat sendiri di apotek. Hal lainnya yang harus menjadi perhatian utama dari pihak Dinas Kesehatan adalah melakukan pendataan ulang terhadap warga miskin secara tepat, sarana dan prasarana secara bertahap ditingkatkan, SDM khususnya tenaga kesehatan yang ada baik di Polindes, Pustu maupun Puskesmas dan RSUD sendiri lebih diberdayakan. Terkait dengan upaya tersebut, Pemerintah Kabupaten dan DPRD Bolaang Mongondow hendaknya tetap berkomitmen untuk memperbesar alokasi anggaran daerah pada bidang kesehatan, terutama untuk warga miskin sehingga mereka dapat gratis 100 persen untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sejak pendaftaran hingga pengambilan resep obat.

Bagi pengambil kebijakan di tingkat pusat, perlu dipikirkan untuk meningkatkan sosialisasi di tingkat masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan, pemerintah ataupun pihak Asuransi perlu menyederhanakan prosedur klaim asuransi (birokrasi) dan bekerja sama dengan

sektor swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan. Selain itu, pemerintah perlu juga mencari cara lain untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Perlu dipikirkan adanya kebijakan khusus yang menjamin para warga miskin dan lansia mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.

Daftar Pustaka

- Brown, Lori Diprete, et al. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*, QA Project, Bethesda-USA
- Dwiyanto, Agus, dkk. 2003. *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada.
- Siagian, SP. 2000. *Administrasi Pembangunan*. Jakarta, Bina Aksara.
- Supari, Siti Fadilah. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) Departemen kesehatan RI*. Jakarta.
- Susanto, H. dan A. Saidi. 1998. *Klasifikasi Masyarakat Miskin*. Jakarta, Puslitbang Ekonomi dan Pembangunan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Tukiran, dkk. 2007. *Sumber Daya Manusia Tantangan Masa Depan*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada. Bekerja sama dengan Pustaka Pelajar.
- Wijono, Djoko. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan: Teori, Strategi dan Aplikasi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- <http://suarawarga.info/home/index>. 2007. "Pelayanan Kesehatan Bagi Orang Miskin: Diskusi Pembebasan Kibarkan Enam Panji Kemenangan Rakyat", Anonim. 2007. Diunduh pada 26 November 2007.
- <http://www.bappenas.google.co.id>. 2006. "Peningkatan Akses Masyarakat Terhadap Layanan Kesehatan Yang Lebih Berkualitas". Bappenas. 2006. Lembaga Kajian Pembangunan Kesehatan Bappenas, Jakarta. Diunduh pada 16 September 2007.

Keberpihakan Kebijakan Anggaran Pemerintah Daerah terhadap Penduduk Miskin: Studi Kasus Anggaran Bidang Kesehatan di Kota Binjai¹

Harry²

Abstract

Although the government of Binjai City has included health as its priority, the size of expenditure budget allocation for this sector did not show the same picture. The proportion of budget allocation on basic health service is smaller for the poor. The local autonomy policy had an impact in reserving budget to expense the programs in health office. This condition created an sectoral ego of health office which cut the operational expense of puskesmas in Binjai City. Although the operational fund from puskesmas was decreasing, the fact was the contribution of puskesmas to the local revenue of the government in Binjai City was increasing. These are things to be done by the government: 1) the improvement of budget policy formulation mechanism for the poor, 2) DPRD should force bigger allocation to the service on basic health, and 3) the implementation of rule regarding the share of Puskesmas in basic health service with local income.

Keywords: *budget, sectoral ego, DPRD capability*

Intisari

Meskipun Pemerintah Kota Binjai telah memasukkan kesehatan sebagai salah satu prioritasnya, besarnya alokasi anggaran untuk sektor ini tidak menunjukkan hal yang sama. Tampak bahwa proporsi anggaran sektor ini untuk penduduk miskin masih sangat kecil. Adanya kebijakan otonomi daerah menyebabkan pembagian anggaran dilimpahkan kepada Dinas Kesehatan. Namun kondisi ini justru menimbulkan ego sektoral pada Dinas Kesehatan yang memotong dana operasional Puskesmas di Kota Binjai. Walaupun dana operasional Puskesmas mengalami penurunan, pada kenyataannya kontribusi Puskesmas terhadap pendapatan daerah di Kota Binjai meningkat. Berikut ada beberapa hal yang perlu dilakukan oleh Pemerintah Kota Binjai. 1) memperbaiki mekanisme formulasi kebijakan anggaran untuk penduduk miskin, 2) DPRD sebaiknya mendorong anggaran yang lebih besar dialokasikan pada pelayanan kesehatan dasar, dan 3) menerapkan peraturan terkait dengan kebijakan anggaran daerah terhadap Puskesmas dalam pelayanan kesehatan dasar.

Kata-kata kunci: anggaran, ego sektoral, kemampuan DPRD

¹ Naskah ini adalah sebagian dari tesis penulis di Magister Studi Kebijakan, Universitas Gadjah Mada

² Staf Pemberdayaan Masyarakat Kabupaten Aceh Barat, Nangroe Aceh Darussalam

Pendahuluan

Kemiskinan di Indonesia merupakan permasalahan yang bersifat multi dimensional sehingga diperlukan kebijakan yang komprehensif untuk mengatasinya. Berbagai program pengentasan kemiskinan telah dilaksanakan dan salah satunya adalah kebijakan yang merupakan paradigma baru, yaitu kebijakan anggaran yang memihak penduduk miskin (*pro-poor budget*).³ Esensi dari kebijakan tersebut adalah dokumen anggaran yang disusun dan dilaksanakan dalam bentuk program dari pemerintah yang secara sengaja (*by design*) berpihak kepada penduduk miskin. Salah satu bentuk implementasi kebijakan anggaran dari pemerintah tersebut adalah komitmen pengalokasian anggaran untuk program-program pelayanan sosial di bidang kesehatan. Kondisi kesehatan masyarakat yang baik akan menunjang penghidupan yang layak dan meningkatkan taraf hidup seseorang untuk dapat keluar dari kemiskinan (Thomas, dkk. 2001).

Berjalannya era otonomi daerah telah memberikan peluang yang cukup berarti bagi pemerintah daerah terkait dengan kewenangan untuk merumuskan, merencanakan, dan melaksanakan kebijakan serta program pemba-

ngunan yang berorientasi pada kebutuhan daerah. Demikian halnya dengan Pemerintah Kota Binjai yang memiliki komitmen tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin di wilayahnya. Hal ini dapat dilihat dengan adanya peningkatan cukup signifikan pada anggaran belanja di bidang kesehatan selama empat tahun terakhir (Tabel 1).

Mencermati data anggaran tersebut, terdapat kesan adanya komitmen yang tinggi dari Pemerintah Kota Binjai untuk mengalokasikan anggaran belanja dalam rangka meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan. Namun dari perbandingan tersebut, belum dapat diketahui secara pasti apakah kebijakan anggaran di bidang kesehatan tersebut secara sengaja (*by design*) untuk memprakarsai program yang berpihak kepada kepentingan masyarakat miskin. Untuk kepentingan tersebut, tulisan ini memfokuskan diri pada studi lebih mendalam tentang kebijakan anggaran di bidang kesehatan yang dialokasikan pada program penunjang aksesibilitas penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan Kota Binjai. Studi ini dapat menjadi penilaian bagaimana anggaran belanja yang terbatas tersebut dialokasikan bagi program-program pelayanan kesehatan yang menjangkau pen-

Tabel 1
Perbandingan Pertumbuhan Alokasi Anggaran Belanja Bidang Kesehatan pada Pemerintah Kota Binjai⁴ dan Penduduk Miskin di Kota Binjai

| Tahun | Alokasi Belanja Bidang Kesehatan (Rp.000) | Pertumbuhan (%) | Jumlah Penduduk Miskin | Pertumbuhan (%) |
|-------|---|-----------------|------------------------|-----------------|
| 2004 | 6.038.605 | 31,5 | 27.450 | 4,5 |
| 2005 | 10.317.354 | 70,8 | 29.767 | 1,2 |
| 2006 | 18.377.043 | 78,1 | 36.742 | 23,4 |
| 2007 | 30.123.079 | 65,1 | 33.480 | -8,8 |

Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2008 dan BPS Kota Binjai, 2008

³ *Pro-poor budget* merupakan satu dari sekian banyak paradigma baru dalam pengentasan kemiskinan yang tidak dapat dilaksanakan *off budget* (tanpa anggaran). Beberapa bentuk lain dari paradigma tersebut adalah *participatory budgeting* dan *gender budgeting*.

⁴ Ringkasan APBD menurut Urusan Pemerintah Daerah dan Organisasi SKPD Khusus Dinas Kesehatan Kota Binjai Tahun 2004-2007.

duduk miskin atau justru alokasi anggaran tersebut bias kepentingan politik dan birokrasi.

Aspek lain dari kebijakan anggaran adalah mekanisme perumusan kebijakan tersebut. Hal ini terkait dengan pemahaman penduduk miskin tentang penganggaran itu sendiri. Mereka diharapkan memahami bahwa kebijakan anggaran bukan hanya dokumen anggaran semata, melainkan hasil proses kompromi dan politik yang memiliki kompleksitas varian cukup tinggi. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis melakukan studi yang bertujuan mengelaborasi keberpihakan kebijakan anggaran Pemerintah Kota Binjai di bidang kesehatan pada penduduk miskin dan mekanisme dalam perumusan kebijakan anggaran tersebut.

Metode

Studi dilakukan dengan metode kualitatif guna memperoleh data dan informasi yang lebih mendalam terkait dengan permasalahan dan analisis yang dihasilkan lebih bersifat komprehensif. Untuk memperoleh hasil kajian yang maksimal, penentuan informan sangat penting karena kekeliruan memilih informan akan menyebabkan biasanya informasi yang diperoleh. Informan dalam studi ini dipilih berdasarkan pertimbangan pengaruh yang dimiliki pada proses perumusan kebijakan di tingkat legislatif. Oleh karenanya, informan dibatasi kepada empat unsur peran sentral dari proses penganggaran, yaitu Dinas Kesehatan Kota Binjai, Tim Anggaran Pemerintah Daerah, Panitia Anggaran Legislatif DPRD Kota Binjai, dan Komisi A DPRD Kota Binjai. Selain itu, Puskesmas juga menjadi sumber informasi sebagai unsur pelaksana langsung dari pelayanan kesehatan masyarakat. Puskesmas yang menjadi target studi mewakili Puskesmas dengan persentase jumlah kunjungan penduduk miskin terbesar (Puskesmas Kebun Lada) dan

puskesmas dengan hasil retribusi terbesar (Puskesmas Tanah Tinggi).

Kebijakan Anggaran yang Memihak kepada Penduduk Miskin (Pro-poor Budget)

Pro-poor budget merupakan proses reformasi politik anggaran yang baru di Indonesia yang terangkum dalam kerangka pengurusan anggaran negara dan daerah untuk penanggulangan kemiskinan. Sejauh ini tidak ada definisi baku tentang *pro-poor budget*. Namun apabila ditelusur lebih mendalam, paradigma tersebut bukanlah merupakan sekumpulan teori yang terbangun secara sistematis atau dapat dikatakan sebagai tindakan atau praktik yang berfokus pada penduduk miskin.

Secara sederhana, *pro-poor budget* berarti anggaran yang memihak pada orang miskin. Dapat juga istilah itu diterjemahkan sebagai praktik penyusunan dan pelaksanaan kebijakan di bidang anggaran yang sengaja (*by design*) ditujukan untuk membuat program yang berpihak kepada kepentingan masyarakat miskin. Jika dipersingkat, *pro-poor budget* adalah kebijakan anggaran yang dampaknya dapat meningkatkan kesejahteraan atau terpenuhinya kebutuhan hak-hak dasar masyarakat miskin. Dapat dipahami bahwa substansi pengertian *pro-poor budget* memiliki kesamaan dengan konsep anggaran yang disebut *people-oriented budget* atau anggaran yang berorientasi pada pemenuhan hak-hak dasar rakyat.

Namun tampaknya kondisi saat ini masih jauh dari yang diharapkan. Hal tersebut disebabkan oleh banyaknya kebijakan anggaran daerah yang lebih berpihak pada penduduk kaya daripada yang miskin dalam beberapa tahun belakangan ini.⁵ Padahal sudah seharusnya penduduk miskin didahulukan karena kelompok ini memiliki

⁵ Menurut Edi Suharto (2007), untuk skala daerah, penelitian dari Departemen Hukum dan HAM tahun 2007 menyimpulkan bahwa hanya 5 persen peraturan daerah yang pro kepada rakyat, sedangkan 85 persen untuk menggali pendapatan daerah dan 10 persennya untuk pemutihan aset. Hal tersebut menjadi kasus bahwa kebijakan anggaran yang memihak kepada penduduk miskin masih sebatas wacana.

keterbatasan aksesibilitas terhadap pemenuhan kebutuhan hidup dibandingkan dengan penduduk kaya. Keberpihakan terhadap penduduk kaya ini tentu akan berpengaruh terhadap pelayanan dasar yang merupakan akses yang paling terjangkau oleh penduduk miskin.

Pada masa otonomi daerah, kebijakan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia merupakan pelimpahan sebagian kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Akibat pelimpahan tersebut adalah diberikannya kewenangan pengelolaan Puskesmas kepada pemerintah daerah sebagai unit pelaksana untuk menjalankan fungsi pemberi pelayanan kesehatan dasar dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota di tiap-tiap kecamatan.

Pada 2001, Departemen Kesehatan Republik Indonesia menerbitkan buku tentang penyelenggaraan Puskesmas di era desentralisasi. Di dalamnya dijelaskan tentang fungsi pokok Puskesmas dan berikut adalah beberapa di antaranya. *Pertama* sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat. *Kedua* sebagai pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuannya untuk hidup sehat. *Ketiga* adalah pusat pemberian pelayanan secara menyeluruh, terpadu, dan bermutu kepada masyarakat. Beberapa fungsi pokok tersebut menjelaskan bahwa Puskesmas merupakan bagian dari program usaha perbaikan kesehatan masyarakat dan juga menjalankan fungsi usaha kesehatan perorangan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah.

Pelaksanaan usaha-usaha tersebut oleh pihak Puskesmas merupakan fungsi dari pemberian pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan pemerintah kabupaten/kota. Namun dalam implementasinya, penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas tidak hanya bagi kelompok miskin saja. Penduduk

yang tidak miskin pun ikut untuk mengakses pelayanan tersebut. Berdasarkan alasan tersebut dan dalam rangka mengembangkan indikator keberpihakan kebijakan anggaran pemerintah daerah kabupaten/kota terhadap penduduk miskin, konsep pemerataan indeks gini⁶ diperlukan sebagai dasar pijakan.

Konsep pemerataan ini dicetuskan oleh ahli statistik asal Amerika, Conrad Lorenz. Ia berhasil menggunakan sebuah diagram untuk menunjukkan hubungan antara kelompok-kelompok penduduk dan porsi pendapatan yang mereka terima. Pengukuran distribusi ini kemudian dijumlahkan dengan memberikan densitas relatif dari ketidakmerataan distribusi pendapatan atau yang dikenal dengan indeks gini. Berdasarkan konsep pemerataan tersebut, yang menjadi rumusan adalah proporsi alokasi anggaran belanja untuk pelayanan kesehatan dasar dari total anggaran belanja di bidang kesehatan dengan total penduduk tidak miskin. Apabila proporsi alokasi anggaran belanja pelayanan kesehatan dasar lebih besar daripada proporsi golongan penduduk tidak miskin berarti dana tersebut masih tersedia untuk golongan penduduk miskin. Begitu juga sebaliknya. Apabila alokasi anggaran belanja pelayanan kesehatan dasar lebih kecil daripada golongan penduduk yang tidak miskin, maka pemerintah daerah tersebut dikategorikan tidak berpihak kepada penduduk miskin. Hal ini karena alokasi anggaran tersebut tidak memiliki sisa untuk penduduk miskin.

Besaran alokasi anggaran hanyalah satu aspek, sedangkan aspek yang tidak kalah penting lainnya adalah tepat tidaknya penggunaan alokasi anggaran tersebut (Thomas, dkk., 2001). Berdasarkan logika itu, maka pemanfaatan dana untuk pelayanan dasar itu harus dikoreksi dengan pencapaian hasil dari pelayanan kesehatan dasar tersebut. Menurut M. Syahbudin Latief dan Evita Hanie P. (2004),

⁶ Secara sederhana, indeks gini dapat diartikan sebagai ukuran untuk melihat merata tidaknya pembagian pendapatan dalam masyarakat. Nilai indeks gini terletak antara 0 (kemerataan sempurna) hingga 1 (ketidakmerataan sempurna). Nilai ketidakmerataan sempurna berarti satu kelompok pendapatan di suatu negara menikmati seluruh pendapatan di negara itu.

salah satu indikator yang dapat dijadikan sarana untuk mengoreksi atau menilai ketepatan sasaran dana tersebut adalah proporsi penduduk yang melahirkan dengan bantuan tenaga nonparamedis. Angka ini digunakan untuk melakukan koreksi dengan anggapan bahwa ada masyarakat yang tidak mampu mengakses layanan. Beberapa pertimbangan yang memengaruhinya adalah soal biaya, jarak yang tidak terjangkau, atau adanya kendala sosial budaya.

Secara ringkas perumusan indikator keberpihakan kebijakan anggaran di bidang kesehatan dari pemerintah daerah kabupaten/kota kepada penduduk miskin dapat diuraikan sebagai berikut.

Pertama, menghitung perbandingan proporsi alokasi anggaran belanja untuk pelayanan kesehatan dasar dari total alokasi anggaran belanja di bidang kesehatan dengan proporsi penduduk tidak miskin. Jika proporsi anggaran untuk pelayanan kesehatan dasar lebih besar daripada proporsi penduduk tidak miskin, maka perbandingan itu bernilai positif. Artinya, pemerintah kabupaten/kota dianggap *pro-poor* dan sebaliknya, jika bernilai negatif, maka pemerintah kabupaten/kota tersebut dika-

tegorikan tidak *pro-poor*. Kedua, untuk memastikan ketepatan sasaran penggunaan anggaran, perlu dilihat proporsi penduduk melahirkan dengan bantuan tenaga nonparamedis (dukun, famili, dan lain-lain). Apabila proporsi penduduk yang melahirkan dengan pertolongan tenaga nonparamedis di kabupaten/kota tersebut lebih besar daripada rata-rata nasional, maka anggaran kesehatan tersebut dikategorikan tidak tepat sasaran. Sementara itu, apabila proporsi penduduk yang melahirkan dengan pertolongan nonparamedis lebih kecil daripada rata-rata nasional, maka pembiayaan tersebut dikategorikan tepat sasaran.

Pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa kategori keberpihakan kebijakan anggaran dapat dibagi menjadi 4 bagian atau 4 tipe. Tipe pertama (A) adalah yang terbaik, yaitu pemerintah kabupaten/kota memiliki keberpihakan kepada penduduk miskin. Hal ini ditunjukkan oleh angka proporsi anggaran untuk kesehatan yang memadai bagi penduduk miskin (positif) dan ketepatan penyaluran anggaran kepada sasaran. Kondisi ini penting untuk dipertahankan dan ditingkatkan secara terus-menerus oleh pemerintah kabupaten/kota. Pada tipe B pemerintah daerah termasuk ke dalam kategori

Tabel 2
Indikator Keberpihakan Anggaran Pemerintah Kabupaten/Kota
di Bidang Kesehatan terhadap Penduduk Miskin

| Indikator | Status Keberpihakan | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|
| | A | B | C | D |
| Proporsi anggaran untuk pelayanan kesehatan dasar dibandingkan dengan proporsi penduduk tidak miskin | Positif | Positif | Negatif | Negatif |
| Proporsi penduduk yang melahirkan dengan bantuan tenaga nonparamedis | Rendah | Tinggi | Rendah | Tinggi |
| Kesimpulan | - <i>Pro-poor</i> - Tepat Sasaran | - <i>Pro-poor</i> - Tidak Tepat Sasaran | - Tidak <i>Pro-poor</i> - Tepat sasaran | - Tidak <i>Pro-poor</i> - Tidak Tepat Sasaran |

Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2009

pro-poor, tetapi program yang dijalankan tidak tepat sasaran, sedangkan tipe C menunjukkan bahwa dengan dukungan anggaran pemerintah daerah yang tidak memadai, masyarakat memiliki kesadaran yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan dasar. Tipe D adalah yang terburuk karena pemerintah kabupaten/kota tidak mampu menyediakan anggaran belanja yang memadai untuk pelayanan kesehatan dasar. Selain itu, penyaluran anggaran yang ada juga tidak tepat sasaran. Tipe ini harus dirombak secara radikal, baik pada aspek kebijakan, program maupun personalia, yang untuk itu diperlukan komitmen pemerintah daerah terhadap peningkatan kualitas hidup warga miskin.

Mekanisme Perumusan Kebijakan Anggaran

Perumusan kebijakan anggaran merupakan bagian penting dari sebuah proses kebijakan publik karena pada tahap ini dapat dilihat bagaimana proses kompromi dan politik untuk menemukan solusi dari sekian banyak alternatif kebijakan yang diberikan. Menurut beberapa ahli, ada beberapa kesalahan yang sering terjadi di dalam proses tersebut. Titik kritisnya adalah sering terjadi ketidakmampuan untuk menemukan problem-problem dengan baik karena belum jelasnya perumusan masalah terhadap kondisi yang dialami. Suatu masalah sering dianggap sebagai suatu yang berdiri sendiri, tanpa adanya kaitan dengan masalah-masalah lainnya. Padahal seharusnya persoalan yang penting untuk dijawab dalam menjelaskan tahap perumusan dan pengambilan kebijakan adalah bagaimana melihat sesuatu sebagai masalah, bagaimana rancangan kebijakan disusun, dan bagaimana pemilihan rancangan tersebut dilakukan (Wibawa, 1994).

Menurut A.G. Subarsono (2005), perumusan kebijakan publik tidak terlepas dari beberapa variabel yang memengaruhinya sebagai berikut. Pertama, tujuan yang ingin dicapai, mencakup

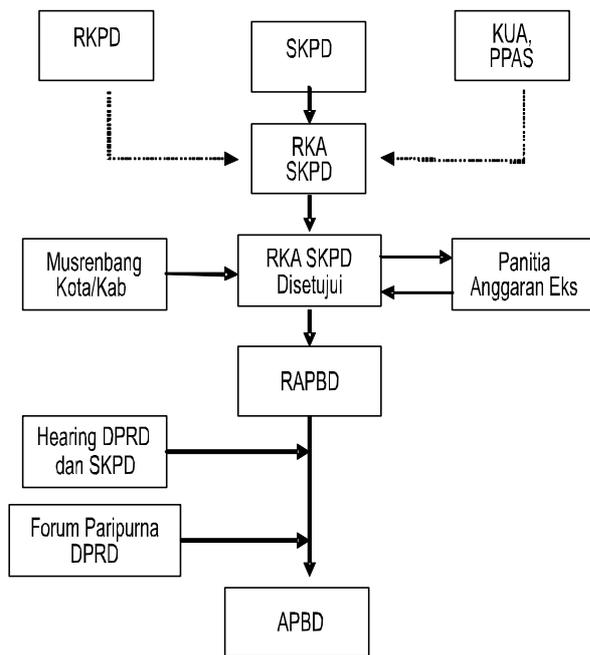
kompleksitas tujuan yang ingin dicapai. Apabila tujuan kebijakan semakin kompleks, maka semakin sulit mencapai kinerja kebijakan. Sebaliknya, apabila tujuan kebijakan semakin sederhana, maka semakin mudah untuk mencapainya. Kedua, preferensi nilai seperti apa yang perlu dipertimbangkan dalam pembuatan kebijakan. Suatu kebijakan yang mengandung berbagai variasi nilai akan jauh lebih sulit diterapkan dibandingkan dengan suatu kebijakan yang hanya menganut satu nilai.

Ketiga, sumber daya yang mendukung kebijakan. Kinerja suatu kebijakan akan ditentukan oleh sumber daya finansial, material, dan infrastruktur lainnya. Keempat, kemampuan aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan. Kualitas suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh kualitas aktor yang terlibat dalam proses penetapan kebijakan. Kualitas tersebut akan ditentukan dari tingkat pendidikan, kompetensi dalam bidangnya, pengalaman kerja, dan integritas moralnya.

Kelima, lingkungan yang mencakup lingkungan sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya. Kinerja dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh konteks sosial, ekonomi, dan politik tempat kebijakan tersebut akan diimplementasikan. Keenam, strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan. Strategi yang digunakan untuk mengimplementasikan suatu kebijakan akan memengaruhi kinerja suatu kebijakan. Strategi dapat bersifat *top-down approach* atau *bottom-up approach*, otoriter, atau demokratis.

Perumusan kebijakan anggaran di pemerintah kabupaten/kota dapat dilihat dari kompleksitas varian yang terlibat di dalamnya. Pada Skema 1 dapat dilihat bahwa pada tahap awal, agenda-agenda kebijakan pembangunan dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) yang mengacu kepada Rencana Kerja Pemerintah (RKP) sebagai sebuah pendekatan perencanaan terpusat menjadi panduan untuk mengalokasikan anggaran belanja. Perenca-

Gambar 1
Mekanisme Perumusan Kebijakan Anggaran pada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota



naan yang terpusat tersebut dipadukan dengan hasil penjangkaran aspirasi masyarakat yang difasilitasi oleh pemerintah daerah melalui Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang). Perpaduan perencanaan tersebut menjadi agenda kebijakan pemerintah daerah untuk mengembangkan alternatif solusi kebijakan dalam bentuk kekuatan (*power*) dari pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran belanja dalam rangka pemecahan setiap permasalahan publik.

Proses perumusan kebijakan dimulai dengan merumuskan Kebijakan Umum Anggaran (KUA) serta Prioritas dan Plafon Anggaran (PPAS) yang dilakukan dalam proses politik antara Tim Anggaran Pemerintah Daerah dan DPRD. Tahap final dari proses perumusan kebijakan anggaran adalah penerjemahan ke dalam Rencana Kerja Anggaran (RKA) oleh tiap-tiap SKPD untuk menentukan arah alokasi belanja program-program yang akan dilaksanakan untuk menjalankan fungsi pelayanan publik. Pada tahap ini alokasi belanja terbagi dua, yaitu langsung untuk membiayai jalannya program dan tidak langsung yang digunakan untuk membiayai pegawai.

Tahap ini merupakan sentral dari efektif dan efisiensinya sebuah kebijakan anggaran. Pada tahap ini akan diketahui bagaimana aliran belanja tersebut akan dialokasikan untuk pelaksanaan suatu program. Berbagai mata anggaran tersebut akan disusun berdasarkan kinerja untuk mencapai tujuan kegiatan. Pembahasan RKA tersebut kembali dilakukan melalui proses politik bersama dengan legislatif untuk selanjutnya ditetapkan menjadi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Keberpihakan Kebijakan Anggaran Bidang Kesehatan terhadap Penduduk Miskin

Untuk mengetahui apakah kebijakan anggaran pemerintah berpihak pada penduduk miskin atau tidak, dapat dilihat dari besarnya alokasi anggaran belanja yang dibandingkan dengan proporsi penduduk tidak miskin. Selain itu, yang juga harus diperhatikan adalah ketepatan alokasi anggaran belanja tersebut, dengan kata lain tepat sasaran. Berdasarkan hasil pengamatan di Pemerintah Kota Binjai, alokasi anggaran belanja dari puskesmas disalurkan melalui program-program administrasi dan manajemen, usaha kesehatan masyarakat, dan juga perorangan.

Penggunaan alokasi belanja tersebut sebagian besar untuk membayar gaji, tunjangan, insentif, alat tulis kantor, pemeliharaan gedung, dan yang terakhir adalah untuk pemeliharaan

Tabel 3
Alokasi Anggaran Belanja Puskesmas di Kota Binjai Tahun 2004-2007 (dalam Ribuan Rupiah)

| Tahun | Total Belanja Dinas Kesehatan | Alokasi Anggaran Belanja Puskesmas |
|-------|-------------------------------|------------------------------------|
| 2004 | 6.038.605 | 537.436 |
| 2005 | 10.317.354 | 942.774 |
| 2006 | 18.377.043 | 2.003.097 |
| 2007 | 30.123.079 | 5.904.124 |

Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2008

kendaraan dinas. Sementara itu, alokasi anggaran belanja tersebut juga berbentuk operasional usaha kesehatan masyarakat dan perorangan di puskesmas. Alokasi anggaran belanja ini disalurkan dalam bentuk peralatan dan perlengkapan medis dan sisanya untuk kebutuhan farmasi. Untuk lebih jelasnya, distribusi dari alokasi belanja tersebut dapat dilihat pada Grafik 1.

Menanggapi alokasi anggaran belanja tersebut, dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan dari Puskesmas Kebun Lada diketahui ada beberapa dampak dari pola pengalokasian tersebut. Salah satunya adalah penurunan alokasi anggaran belanja bagi operasional program-program Puskesmas. Contoh kasus yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam tersebut adalah terjadinya penurunan *output* dari kegiatan keselamatan ibu hamil berisiko di Puskesmas, seperti minimnya biaya transportasi bidan Puskesmas. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... dana dari Dinkes itu kan kecil, Dik, itu contohnya transportasi untuk bidan datang ke bumil terkadang harus pakai kocek sendiri. Memang kita ada dari pempus (pemerintah pusat) untuk miskin (masyarakat miskin), tapi kan penggunaannya terbatas ...”

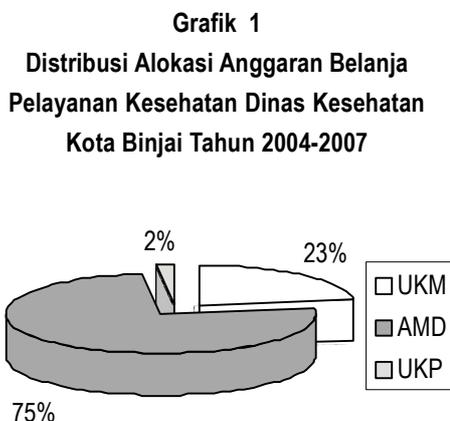
Selain itu, dari hasil wawancara mendalam juga diketahui adanya keterbatasan fleksibilitas

penggunaan dana yang berasal program JPKMM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin). Hal ini terkait dengan adanya pertentangan dengan prosedur tetap penggunaan dana JPKMM yang tidak memperkenankan pembiayaan transportasi. Padahal dalam pelaksanaannya, biaya tersebut penting bagi transportasi bidan untuk mendatangi ibu hamil atau sebagai cadangan pembiayaan transportasi ibu hamil untuk mendatangi bidan. Menurut informan, prosedur penggunaan dana JPKMM tersebut sebaiknya diubah agar Puskesmas dapat lebih fleksibel dalam penggunaannya.

Hasil wawancara mendalam ini secara tidak langsung memiliki kesamaan dengan penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya oleh Lembaga Penelitian Smeru. Penelitian ini dilakukan tahun 2002 di Kota Bandar Lampung dan Lombok Barat. Fokus penelitian tersebut bertujuan untuk menilai penyelenggaraan pelayanan publik di era desentralisasi. Salah satu hasil penelitian tersebut adalah adanya kecenderungan penurunan biaya operasional bagi program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas setelah penerapan desentralisasi di Indonesia.

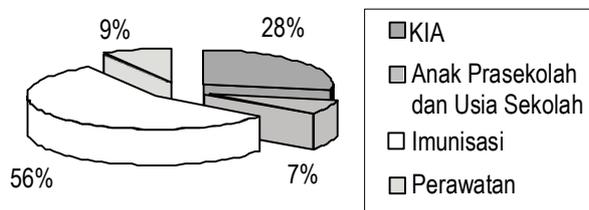
Adapun bentuk penyaluran alokasi belanja pada kegiatan puskesmas di Kota Binjai dapat dilihat pada Grafik 2. Berdasarkan gambar tersebut dapat diketahui bahwa lebih dari separuh alokasi belanja tersebut digunakan untuk kegiatan di bidang imunisasi, selanjutnya adalah kesehatan ibu hamil dan anak, kesehatan anak prasekolah dan usia sekolah, serta yang paling kecil dialokasikan untuk kegiatan perawatan.

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan dari Bidang Program Dinas Kesehatan Kota Binjai, diketahui bahwa proporsi tersebut merupakan rencana strategis Dinas Kesehatan terkait upaya peningkatan kesehatan masyarakat di bidang imunisasi. Jenis-jenis kegiatan dalam program tersebut adalah penyelenggaraan kegiatan bulan imunisasi anak sekolah dan imunisasi bagi bayi 0 sampai 11 bulan di



Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2008

Grafik 2
Distribusi Alokasi Anggaran
bagi Program Pelayanan Kesehatan Dasar
di Puskesmas Tahun 2004-2007



Sumber : DPKAD Kota Binjai, 2008

seluruh kecamatan di Kota Binjai. Selanjutnya untuk mengetahui keberpihakan Pemerintah Kota Binjai pada masyarakat miskin dalam hal anggaran kesehatan, Tabel 4 menjelaskan hasil analisis data tahun 2004-2007 Pemerintah Kota Binjai dan Badan Pusat Statistik.

Pada Tabel 4 dapat dilihat bahwa dari tahun 2004 sampai dengan 2007, dana yang disalurkan kepada Puskesmas (tidak lebih daripada 20 persen) ternyata lebih kecil daripada persentase penduduk tidak miskin, bahkan jika dibandingkan dengan rasio penduduk miskin,

kecuali untuk tahun 2007. Melihat angka perbandingan tersebut, tampak alokasi anggaran belanja pemerintah daerah tersebut tidak bersisa untuk disalurkan kepada penduduk miskin atau dengan kata lain, anggaran belanja yang dialokasikan tersebut ternyata tidak dinikmati oleh penduduk miskin. Hal ini karena penduduk tidak miskin juga ikut mengakses pelayanan tersebut.⁷ Berdasarkan dari fakta tersebut, dapat disimpulkan bahwa kebijakan anggaran dari Pemerintah Daerah Kota Binjai di bidang kesehatan tidak berpihak kepada penduduk miskin.

Hasil ini setidaknya memiliki keterkaitan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh M. Syahbudin Latief dan Evita Hanie P. (2004) yang menggunakan data dari hasil *Governance and Decentralization Survey* (GDS) tahun 2001. Hasil penelitian GDS 2001 di 220 kabupaten/kota di Indonesia menunjukkan bahwa hampir seluruh pemerintah kabupaten/kota yang dijadikan sampel tidak memiliki keberpihakan kepada penduduk miskin apabila ditinjau dari aspek alokasi anggaran kesehatannya.

Ketepatan sasaran anggaran belanja Puskesmas di Kota Binjai dilihat dari perban-

Tabel 4
Keberpihakan Kebijakan Anggaran Pemerintah Kota Binjai
Kepada Penduduk Miskin di Bidang Kesehatan

| Tahun | Penduduk Tidak Miskin | Rasio Penduduk Tidak Miskin dari Total Penduduk (%) | Alokasi Anggaran Belanja Puskesmas (Rp. 000) | Rasio Alokasi Anggaran Belanja Puskesmas dari Total Belanja Dinas Kesehatan (%) | Kategori Keberpihakan |
|-------|-----------------------|---|--|---|-----------------------|
| 2004 | 188.073 | 87.2 | 537.436 | 8,9 | Tidak Pro |
| 2005 | 189.378 | 86.4 | 942.774 | 9,3 | Tidak Pro |
| 2006 | 186.709 | 83.5 | 2.003.097 | 10,9 | Tidak Pro |
| 2007 | 198.756 | 85.6 | 5.904.124 | 19,6 | Tidak Pro |

Sumber: DPKAD Kota Binjai dan BPS, 2008

⁷ Berdasarkan konsep Indeks Pemerataan Gini. Lihat M. Syahbudin Latief dan Evita Hanie P. (2004) dalam Faturochman, dkk. 2004. *Dinamika Kebijakan dan Kependudukan*. Yogyakarta, PSKK UGM.

dengan proporsi penduduk Kota Binjai yang menggunakan pertolongan tenaga nonparamedis pada saat proses persalinan dengan proporsi rata-rata nasional. Adapun untuk menggali data tersebut, digunakan publikasi dari Badan Pusat Statistik (BPS). Pada Grafik 3 dapat dilihat bahwa dari tahun 2003 sampai 2006, proporsi penduduk dengan proses persalinan yang dibantu oleh tenaga nonparamedis di Kota Binjai ternyata terus mengalami penurunan. Bahkan proporsi tersebut hampir setiap tahun berada di bawah angka rata-rata nasional.

Dari hasil perbandingan Grafik 3 tersebut, dapat disimpulkan bahwa aliran dana dari Pemerintah Kota Binjai tersebut dapat dikategorikan tepat sasaran. Namun kategori ketepatan sasaran tersebut masih perlu dikaji kembali karena terdapat beberapa faktor lain yang memengaruhinya di luar kebijakan publik. Asumsinya adalah karena kebijakan anggaran dari Pemerintah Kota Binjai di bidang kesehatan justru tidak berpihak kepada penduduk miskin.

Oleh karena itu, untuk lebih memperdalam ketepatan sasaran alokasi anggaran tersebut, maka dilakukan wawancara mendalam untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi hasil ketepatan sasaran tersebut. Peneliti memilih melakukan wawancara mendalam

dengan kepala Seksi Kesehatan Ibu dan Anak⁸ pada Dinas Kesehatan Kota Binjai. Selain itu, informan juga merupakan koordinator *safe-guarding* program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Pertimbangan untuk melakukan wawancara mendalam tersebut adalah karena aktor dari pemerintah tersebut memahami permasalahan keselamatan ibu hamil dan bayi di Kota Binjai.

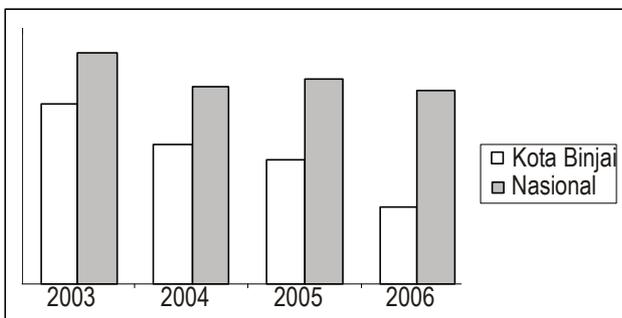
Menurut hasil wawancara mendalam dengan informan tersebut, diketahui bahwa salah satu faktor yang memengaruhi ketepatan sasaran tersebut adalah tingkat kesadaran masyarakat di Kota Binjai. Contoh kasus tersebut adalah kesadaran masyarakat di Kota Binjai yang lebih memilih pergi ke bidan atau memanggil bidan yang bersertifikasi untuk membantu proses persalinan. Berikut hasil wawancara tersebut.

“... praktik bidan di Kota Binjai itu kan sudah cukup banyak. Ada juga praktik bidan yang dibuka sendiri oleh bidan Puskesmas ... masyarakat di Kota Binjai sebenarnya sudah ada kesadaran yang tinggi untuk keselamatan ibu dan bayi, bisa itu dibawa sama keluarga ada juga yang bisa ditelepon ke rumah. Bukan itu saja saya beri contoh itu penanganan demam berdarah juga masyarakat di sini juga lebih tanggap ...”

Sementara itu, dari hasil wawancara juga ditemukan bahwa terdapat kecenderungan dari masyarakat Kota Binjai untuk mengakses fasilitas kesehatan yang bukan diberikan oleh Puskesmas. Sebagaimana yang diketahui dari hasil wawancara mendalam tersebut, masyarakat di Kota Binjai lebih memilih mendapatkan pelayanan dari praktik bidan Puskesmas yang membuka praktiknya sendiri. Dari hasil analisis dokumentasi,⁹ diketahui bahwa jumlah praktik bidan swasta di Kota Binjai lebih kurang ada 93 praktik. Jumlah praktik bidan swasta tersebut dilihat dari lokasinya juga telah tersebar di hampir seluruh kecamatan di Kota Binjai.

Grafik 3

Perbandingan Proporsi Penduduk dengan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Nonparamedis Kota Binjai dan Nasional



Sumber: www.bps.co.id diakses 10 Oktober 2008 dan BPS, 2008

⁸ Wawancara dilakukan pada 16 September 2008.

⁹ Dokumentasi didapatkan dari *Binjai dalam Angka Tahun 2008* yang diterbitkan melalui kerja sama Badan Perencanaan Pembangunan Kota Binjai dengan Badan Pusat Statistik Kota Binjai.

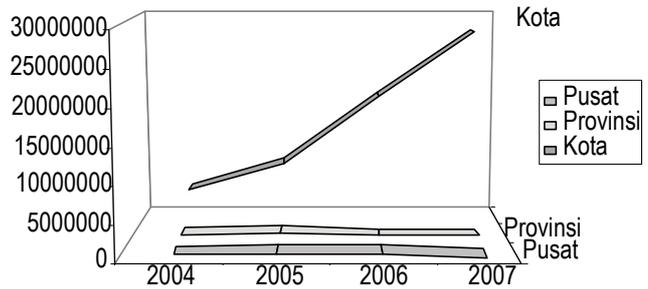
Hal ini dapat diartikan bahwa telah terjadi penurunan kepercayaan dari masyarakat terhadap pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah di bidang kesehatan. Untuk selanjutnya, penemuan ini dapat dijadikan agenda kebijakan Pemerintah Kota Binjai agar lebih memprioritaskan pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar yang dapat lebih menjangkau dan berkualitas kepada masyarakat.

Mekanisme Perumusan Kebijakan Anggaran Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas

Setelah penerapan kebijakan otonomi daerah, pembiayaan Puskesmas di Kota Binjai mengalami perubahan yang cukup signifikan. Pengalokasian anggaran belanja yang dulunya diterima langsung dari pemerintah pusat kini dialokasikan kepada pemerintah kota melalui Dinas Kesehatan Kota Binjai. Pola pelimpahan kewenangan tersebut dapat dilihat dari semakin meningkatnya sumber pembiayaan yang berasal dari APBD kota dan menurunnya subsidi dari pemerintah pusat dan provinsi seperti pada Grafik 4.

Menanggapi perubahan pola ini, salah seorang informan dari Bappeda mengemukakan bahwa hal tersebut terkait dengan pemberlakuan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. UU ini semakin mempertegas pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah kabupaten/kota. Ekses negatif dari terpusatnya proses perumusan kebijakan anggaran pada pemerintah daerah ini ternyata telah menumbuhkan sikap ego sektoral dari tiap-tiap bidang di Dinas Kesehatan. Padahal sebagaimana yang telah diketahui, program-program pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan tersebut dilimpahkan kepada Puskesmas untuk wilayah kerja kecamatan. Bentuk dari ego sektoral tersebut dapat digambarkan dengan sering tidak dilibatkannya Puskesmas dalam proses perumusan kebijakan anggaran. Kecenderungan tersebut adalah contoh kasus yang ditemukan ber-

Grafik 4
Sumber Pembiayaan Dinas Kesehatan Kota Binjai Tahun 2004-2007 (dalam Ribuan Rupiah)



dasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan yang berasal dari Puskesmas Kebun Lada berikut ini.

“... selama saya jadi kepala puskesmas dua tahun di sini, nggak pernah ada rapat dari Dinkes mengenai anggaran bagi program-program dari dinas. Paling yang ada itu hanya oleh kabid farmasi tentang kebutuhan obat, tapi saya kurang tahu kalau kepala Puskesmas yang dulu ...”

Dalam perumusan kebijakan anggaran terdapat kecenderungan bidang-bidang dari Dinas Kesehatan untuk mengalokasikannya ke dalam bentuk fisik (pengadaan barang) yang berlebihan. Bahkan sering kali penggunaan alokasi anggaran belanja tersebut bukan merupakan kebutuhan dari pelayanan Puskesmas, seperti disampaikan informan dari Puskesmas berikut.

“... tahun ini kami dianggarkan kursi gigi, padahal sudah ada dua, tapi ditambah, padahal kami sudah tidak butuh ...”

Belanja fisik yang berlebihan tersebut seharusnya dapat diminimalisasi apabila ada sinkronisasi antara tiap-tiap bidang dinas agar dapat saling menyokong. Menurut salah seorang informan dari Bappeda, masalah belanja fisik yang berlebihan merupakan akibat dari pola tingkah laku tiap-tiap bidang dalam Dinas Kesehatan yang berusaha mendapatkan volume

program lebih besar. Berikut adalah kutipan wawancara tersebut.

“... dalam mengusulkan rencana kegiatan itu jarang melihat dokumen perencanaan yang ada, sama sekali tidak ada dari mereka yang melihat dari Renstra. Mereka tinggal mengubah-ubah volumenya saja ...”

Terseperanya alokasi belanja dalam bentuk fisik kepada program-program yang dimiliki oleh tiap-tiap bidang di Dinas Kesehatan secara simultan berdampak terhadap penurunan biaya operasional dari kegiatan-kegiatan Puskesmas. Minimnya dana operasional ini tentu akan menyulitkan Puskesmas saat menghadapi keadaan darurat, misalnya ketika terjadi wabah penyakit tertentu di wilayah kerjanya yang memerlukan keputusan dan tindakan cepat.

Di sisi lain, sejak diberlakukannya otonomi daerah, kewenangan DPRD Kota Binjai semakin besar dan nyata dalam proses pengambilan keputusan dalam perumusan kebijakan anggaran. Konsep anggaran yang telah disusun oleh panitia anggaran bersama eksekutif selanjutnya akan dibahas secara intensif oleh DPRD. Dalam pembahasan ini, banyak perubahan yang dilakukan DPRD untuk disesuaikan dengan kebutuhan riil masyarakat. Selain itu, dewan juga berupaya keras membantu eksekutif membelanjakan dana yang ada seefektif dan seefisien mungkin.

Dalam hal peningkatan penerimaan, dewan mendorong eksekutif untuk tidak terlalu banyak membebankan pungutan (pajak retribusi) kepada rakyat. Menurut informan yang berasal dari Fraksi Golkar dan juga menjadi ketua Panitia Anggaran DPRD Kota Binjai, DPRD selalu menekankan kepada eksekutif untuk lebih menitikberatkan pada usaha mendapatkan pembiayaan kesehatan dari pusat khususnya yang berasal dari DAK, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... buat apa dinas dan badan pergi tiap bulan ke Jakarta untuk koordinasi kalau tidak bisa mendapatkan anggaran untuk daerah ... itu kan ada dana DAK untuk Puskesmas tahun ini juga kami dari dewan yang upayakan waktu pra-APBD ...”

Sebaliknya dari pihak eksekutif, menurut informan dari Bappeda, legislatif sering bertentangan apabila sudah memasuki pembahasan RAPBD (Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah). Kondisi ini muncul terutama terkait alokasi anggaran untuk sektor-sektor tertentu. Kecenderungannya adalah belanja langsung untuk pembiayaan sektor-sektor tertentu yang dinilai tidak dapat menunjang pendapatan justru sering diutak-atik.

“... dalam pembahasan dua tahun yang lalu, sebenarnya dari pihak pemerintah ingin memberi tambahan alokasi dana bagi program di sektor kesehatan, bahkan sesuai dengan salah satu prioritas kami adalah peningkatan pelayanan kesehatan di dalam RKPD, tapi pada kenyataannya hal tersebut tidak disetujui oleh DPRD dan malah dipangkas dan digeser ke sektor pekerjaan umum, padahal Binjai Supermall itu kan belum tentu menjadi kebutuhan masyarakat ...”

Salah satu faktor yang memengaruhi keputusan DPRD ini adalah kurangnya sensitivitas DPRD terhadap kebutuhan masyarakat karena tidak memanfaatkan saluran aspirasi yang ada.¹⁰ Menurut informan dari Bappeda, fungsi DPRD dalam penyaluran aspirasi tersebut hanya sebagai bentuk formalitas perwakilan dari kepentingan partai politik. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... kalau anggota dewan tidak menghadiri undangan dari kami, kami bisa maklum karena sering bersamaan dengan jadwal mereka yang padat. Tapi kalau ditanya bagaimana hasil dari penjangkaran aspirasi dari mereka, jujur saya bilang mereka itu

¹⁰ Data ini didapatkan dari penelusuran dokumentasi hasil Musrenbang Kecamatan Binjai Kota untuk tahun anggaran 2008 (Bappeda, 2007).

sebenarnya hanya mewakili dari partai politik, bukan mewakili dari masyarakat ...”

Hasil ini menggambarkan ketidaksesuaian dengan amanat otonomi daerah bahwa secara normatif DPRD wajib menampung, menghimpun, dan menindaklanjuti aspirasi masyarakat (Bastian, 2006). Contoh kasus lain adalah ditemukannya kecenderungan akulturasi kepentingan DPRD pada tahap-tahap perumusan kebijakan. Menurut informan staf Bappeda, hampir setiap tahun pada tahap-tahap perumusan kebijakan prioritas untuk penambahan dan pengurangan satu program tertentu sering tidak rasional. Penambahan dan pengurangan jumlah batasan anggaran sering dirasionalisasikan untuk jangka waktu pendek saja, namun bukan untuk satu tahun anggaran. Hal ini merupakan bentuk ketidakkonsistenan DPRD terhadap proses-proses sebelum menentukan jumlah batas tertentu untuk suatu program.

“... kalau penentuan plafon memang itu hak DPRD karena setiap diajukan pasti terjadi perdebatan dan kita pasti mengulang lagi, tapi biasanya paling banyak dua kali. Setelah kami revisi, biasanya dewan langsung menerima, itu kan sebenarnya hanya alat politik, mereka kan cuma lihat yang di depan mata saja, tapi bukan untuk jangka panjang ...” (staf Bappeda)

Sebaliknya, menurut informasi dari anggota dewan (panitia anggaran) yang mengklarifikasi tentang pandangan bahwa legislatif daerah kurang memiliki kemampuan dan pemahaman terhadap pengelolaan anggaran daerah serta kedudukan legislatif daerah sebagai eksekutor, sikap kritis anggota dewan terhadap usulan rencana dan anggaran dari eksekutif tidak lain sebagai langkah melakukan efisiensi dan efektivitas penggunaan anggaran daerah. Informan lain justru menilai eksekutif tidak konsisten antara perencanaan dan penganggaran.

“... kami mengharapkan bahwa rencana belanja daerah, khususnya belanja modal

yang akan disampaikan oleh pemkot betul-betul sesuai dengan asas prioritas, efisiensi dan efektivitas, kami tidak ingin DPRD sebagai mitra kerja pemerintah daerah dianggap melakukan pemotongan-pemotongan. Kami bukan memotong anggaran, tapi mengkritisi anggaran. Hal tersebut kami lakukan agar tidak berbenturan dengan produk hukum yang ada yang pada akhirnya melemahkan kinerja kita bersama. Untuk belanja tidak langsung yang memuat jumlah pegawai negeri, sebenarnya telah menyedot lebih dari 70 persen APBD, kalau dilihat dengan jumlah pegawai yang sebesar itu dianggap sudah melebihi kebutuhan kota sehingga menjadi inefisiensi anggaran, bagaimana kita mau memprioritaskan pelayanan kesehatan? ...” (anggota dewan)

Hasil wawancara mendalam dengan beberapa aktor legislatif dan eksekutif tersebut menggambarkan adanya hubungan yang kurang harmonis antara eksekutif dan legislatif dalam proses perumusan kebijakan. Pada tahapan tertentu dewan mengkritisi lebih mendalam dan pada saat-saat tertentu justru tidak dikritisi. Prioritas penganggaran pada tahap-tahap tertentu masih secara parsial, sedangkan menurut DPRD, tujuannya adalah untuk menjamin efisiensi dan efektivitas. Pada tahap pembahasan sebelum ada rancangan, DPRD justru bersikap lebih lunak, sebaliknya pada tahap-tahap pembahasan rancangan berubah menjadi eksekutor. Masalah tersebut tentu akan berdampak nyata kepada program-program unit kerja yang menjadi tidak efektif. Seharusnya untuk merencanakan suatu program tiap-tiap *stakeholder* harus memahami informasi tentang perumusan alokasi belanja bagi program-program tersebut.

Hasil penelusuran dokumentasi (rincian APBD Kota Binjai Tahun 2008 pada anggaran belanja langsung Dinas Kesehatan dan Sekretariat Dewan Kota Binjai tahun 2008) juga menemukan kasus tentang perumusan kebijakan anggaran yang tidak konsisten, yaitu perbedaan tekanan dari dewan mengenai

alokasi anggaran belanja terkait kesejahteraan anggota dewan yang justru jarang diutak-atik. Jenis alokasi anggaran belanja tersebut terserap sebagian besar untuk menunjang operasional anggota dewan, terutama untuk studi banding yang ternyata persentasenya cukup besar. Bahkan jumlah tersebut jauh lebih besar daripada belanja langsung Dinas Kesehatan untuk program-program pelayanan kesehatan dasar. Hasil ini semakin menguatkan besarnya artikulasi kepentingan DPRD dalam perumusan kebijakan yang bukan ditujukan untuk kepentingan publik. Penemuan ini tentu berlawanan dengan pernyataan-pernyataan yang telah disampaikan sebelumnya tentang komitmen untuk peningkatan pelayanan kesehatan yang selalu menjadi prioritas DPRD.

Temuan studi ini menggambarkan bahwa perumusan kebijakan anggaran merupakan proses perebutan sumber daya publik antar-*stakeholder* dalam pemerintahan. Oleh sebab itu, siapa yang dapat memegang peranan yang besar dalam proses penganggaran akan mendapatkan alokasi yang lebih besar. Kondisi ini didukung hasil penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan oleh BIGS tahun 2001. Studi tersebut menyimpulkan bahwa perebutan sumber daya publik merupakan eksekusi dari terpusatnya peran negara di atas segalanya. Titik utama kondisi tersebut adalah belum terakomodasinya kekuatan masyarakat sipil untuk mengartikulasikan kepentingannya dalam proses perumusan kebijakan anggaran.

Dilematika Fungsi Puskesmas

Pengalaman desentralisasi selama tujuh tahun di Indonesia menurut Sutoro (2006) menunjukkan dua peta diametral. Peta pertama menunjukkan bahwa beberapa daerah melakukan terobosan dalam penerapan kebijakan publik yang berpihak kepada penduduk miskin. Dalam konteks kabupaten/kota, peningkatan kesejahteraan masyarakat dilakukan dengan beberapa model, seperti kebijakan yang

mengarah kepada pengurangan angka kemiskinan secara langsung, pengembangan atau pemberdayaan ekonomi lokal, jaminan sosial dan perbaikan layanan publik, serta penguatan ekonomi desa yang keseluruhan alokasi anggarannya khusus.

Peta kedua adalah pemerintah daerah yang kebijakannya kurang berpihak kepada penduduk miskin. Hal ini terlihat dari komitmen pemerintah daerah yang masih rendah untuk menghasilkan perda khusus dalam pelayanan sosial, seperti standar pelayanan minimum ataupun lainnya yang bertujuan untuk penanggulangan kemiskinan. Perda yang telah dihasilkan sebagian besar masih bertujuan untuk menggali sumber-sumber penerimaan daerah yang justru tidak memihak kepada penduduk miskin.

Permasalahan ini makin diperkuat dengan berbagai penelitian dari lembaga-lembaga penelitian, baik di lingkungan akademisi maupun nonakademisi. Departemen Hukum dan HAM dalam publikasinya menemukan bahwa dari keseluruhan perda yang telah disahkan oleh pemerintahan daerah, hanya 5 persen yang sungguh-sungguh memperhatikan masyarakat miskin (*Kompas*, 11/01/2008). Sementara itu, sebagian besar perda lainnya masih terfokus pada aturan untuk peningkatan pendapatan daerah dan selebihnya untuk pemutihan aset daerah yang justru tidak berpihak kepada penduduk miskin.

Contoh kasus yang menarik didapatkan dari hasil wawancara mendalam dengan informan kepala Puskesmas Tanah Tinggi menunjukkan bahwa pengembalian dana dalam bentuk dana operasional sangat tidak realistis apabila dibandingkan dengan kontribusi Puskesmas tersebut untuk pendapatan daerah. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... kita untuk tahun 2008 sudah ditargetkan dari Dinas Kesehatan untuk menghasilkan PAD sampai 14 juta rupiah, sementara untuk tahun 2004 sampai 2007 kita penghasil

terbesar, tapi kalau Adik bandingkan untuk operasional kami sangat-sangat minim. Bisa Adik bayangkan kami tiap bulan cuma dapat uang 250 ribu dari Dinkes. Coba Adik lihat tukang sapu Puskesmas itu, gajinya saja sudah 150 ribu per bulan ...”

Hasil wawancara ini diperkuat dengan hasil dokumentasi data pengelolaan keuangan puskesmas yang dimiliki oleh instansi pengelolaan keuangan di Kota Binjai sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 9. Pengembalian PAD kepada Puskesmas untuk dana operasional Puskesmas sangat kecil dibandingkan dengan kontribusi Puskesmas terhadap PAD (rata-rata kurang dari 50 persen). Kasus seperti ini sebetulnya sudah bukan hal baru karena berdasarkan hasil penelitian GDS (*Governance and Decentralization Survey*) yang dilakukan di PSKK UGM 2006, hal serupa juga terjadi di berbagai wilayah di Indonesia, bahkan kemudian muncul istilah “Si Miskin membiayai Si Kaya”.

Apalagi jika dikaitkan dengan kualitas layanan yang diterima pasien, retribusi yang ditarik dari pasien tidak signifikan dengan kualitas layanan kesehatan yang mereka terima. Sebagai contoh dalam hal pemberian obat. Menurut informasi kepala Puskesmas, untuk pemberian obat

pasien, pihak Puskesmas menerapkan sistem ‘coba-coba’, yaitu dengan memberikan suatu obat antibiotik. Apabila pasien merespons pemberian obat antibiotik tersebut, maka obat akan diberikan. Namun apabila pasien tidak meresponsnya, maka obat tidak akan diberikan. Hal ini terkait dengan keterbatasan stok obat di Puskesmas. Sebetulnya setiap tahun (sebelum anggaran berjalan) Puskesmas telah memberikan daftar kebutuhan obat di Puskesmas ke Dinkes. Namun yang menjadi kendala adalah distribusi obat tersebut yang tidak merata atau tidak tepat waktu. Berikut kutipan wawancara terkait masalah tersebut dengan informan di bidang farmasi.

“... kalau untuk pengadaan obat kita tiap tahun memang ditanya oleh pihak Dinkes dalam hal ini kaid farmasi, tetapi distribusinya sangat tidak mencukupi, yah gimana pun harus disiasati seperti antibiotik A kalau tidak mencukupi kami ganti dengan antibiotik B selama pasien masih bisa merespons ...”

Upaya meningkatkan pendapatan daerah dari hasil retribusi Puskesmas ini dipandang oleh anggota dewan Kota Binjai sebagai sesuatu yang tidak sepatutnya. Saat dikonfirmasi mengenai hal ini, salah seorang anggota dewan dari Komisi A yang juga sebagai Ketua Panitia

Tabel 5
Perbandingan Dana Operasional dan Kontribusi PAD Puskesmas
di Kota Binjai Tahun 2008 (dalam Ribuan Rupiah)

| Nama Puskesmas | Dana Operasional Puskesmas | Kontribusi Puskesmas Terhadap PAD | Rasio (%) |
|-----------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Tanah Tinggi | 3.000 | 14.000 | 21,4 |
| Bandar Senembah | 4.500 | 13.800 | 32,6 |
| H.A.H. Hasan | 4.700 | 10.980 | 42,8 |
| Rambung | 3.805 | 4.739 | 80,3 |
| B.Estate | 4.300 | 10.459 | 41,1 |
| Binjai Kota | 3.800 | 11.639 | 32,6 |
| Jati Makmur | 2.500 | 9.302 | 26,8 |
| Kebun Lada | 3.900 | 10.980 | 35,5 |

Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2008

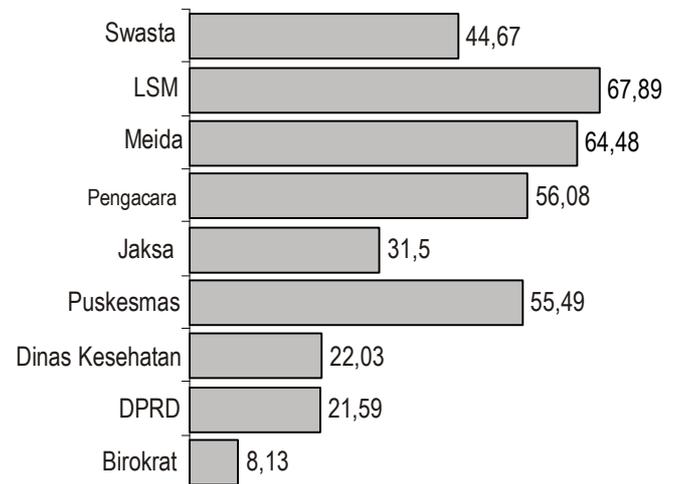
Anggaran DPRD Kota Binjai mengakui bahwa memang pendapatan daerah Kota Binjai sangat minim, namun hal tersebut tidak dapat dijadikan alasan untuk menggali pendapatan daerah dari Puskesmas. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... kita akui memang pendapatan daerah, khususnya PAD dari Kota Binjai rendah, tetapi itu tidak bisa dijadikan sebagai alasan pembenaran untuk menggantinya dari Puskesmas. Kita masih memiliki hati nurani kalau memprioritaskan untuk menggali dari Puskesmas kita kan mewakili dari daerah pemilihan di kecamatan pasti itu akan memengaruhi kredibilitas kami di mata masyarakat. Justru seharusnya kita mengambil contoh di kabupaten lain, seperti Sragen atau Jembrana ...”

Kondisi yang terjadi di Kota Binjai ini juga terjadi di beberapa daerah lain di Indonesia. Penelitian PSKK UGM¹¹ tentang desentralisasi dan otonomi daerah yang dilakukan di 220 kabupaten/kota menemukan kecenderungan tersebut. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa ada kecenderungan pemerintah kabupaten/kota meningkatkan sumber pendapatan daerah dari Puskesmas, namun tanpa dibarengi dengan pengembalian yang sesuai dalam pelaksanaannya. Banyak keluhan dari pihak Puskesmas (dalam hal ini kepala Puskesmas) mengenai hal ini karena besar kecilnya dana pengembalian hasil retribusi untuk biaya operasional Puskesmas sangat memengaruhi kualitas pemberian layanan di Puskesmas. Minimnya pengembalian uang retribusi tersebut memunculkan anggapan di kalangan *stakeholders* bahwa otonomi daerah meningkatkan KKN (lihat Grafik 5). Hasil penelitian yang dilakukan tujuh tahun yang lalu ternyata sampai saat ini masih juga terjadi atau dengan kata lain, belum ada perubahan yang mengarah pada perbaikan sistem pelayanan

kesehatan, terutama di Kota Binjai. Belum adanya perubahan pola pandang pemerintah daerah (dalam hal ini Pemerintah Kota Binjai) merupakan sumber masalah yang paling utama. Jika hal ini dibiarkan berlarut-larut, akan memunculkan sikap apatis dari warga masyarakat. Sebagai contoh hasil penelitian dari Departemen Hukum dan HAM (2007) menunjukkan bahwa semakin tinggi tanggapan negatif terhadap pelayanan publik justru berakibat pada berkurangnya ketaatan dari masyarakat untuk membayar pajak atau retribusi.

Gambar 2
Tanggapan Stakeholder bahwa Otonomi Daerah Meningkatkan KKN (%)



Sumber: *Governance and Decentralization Survey (GDS)*, 2002

¹¹ *Governance and Decentralization Survey (GDS)* tahun 2002.

Simpulan

Hasil penelitian dan pembahasan pada bagian sebelumnya menunjukkan bahwa kebijakan anggaran bidang kesehatan di Pemerintah Kota Binjai belum berpihak kepada penduduk miskin. Salah satu bukti nyata adalah persentase alokasi anggaran belanja Puskesmas ternyata lebih kecil daripada persentase penduduk tidak miskin. Hal tersebut Puskesmas di Kota Binjai. Salah satu faktor yang mengakibatkan fenomena ini adalah sikap ego sektoral Dinas Kesehatan. Kasus yang menguatkan fenomena ini didasarkan pada dua temuan, yaitu tidak dilibatkannya Puskesmas dalam proses perumusan dan juga adanya kecenderungan untuk mengalokasikan anggaran ke dalam bentuk fisik tiap-tiap bidang. Hal ini berdampak terhadap penurunan biaya operasional Puskesmas. Perlu adanya perubahan mekanisme formulasi kebijakan anggaran pada Dinas Kesehatan Kota Binjai untuk dapat berpihak kepada penduduk miskin. Di samping itu, DPRD Kota Binjai hendaknya meningkatkan kapabilitas dan keberpihakan kepada masyarakat miskin dalam melegislasi alokasi anggaran dan kelayakan rencana kerja yang dianggarkan oleh eksekutif sehingga dapat menjadi rekan kerja yang mendukung dari pemerintah daerah berarti bahwa alokasi anggaran belanja secara keseluruhan dinikmati oleh penduduk yang tidak miskin dan tidak bersisa untuk penduduk miskin. Oleh karenanya, perlu diterapkan aturan main tentang bagi hasil dana operasional Puskesmas dan kontribusi Puskesmas terhadap pendapatan daerah. Hal ini penting diterapkan untuk meningkatnya pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas terutama dalam hal kualitas pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin.

Pembahasan tentang mekanisme perumusan kebijakan anggaran dalam rangka pembiayaan Puskesmas menunjukkan bahwa diterapkannya otonomi daerah berdampak terhadap penurunan pembiayaan bagi pelayanan

Puskesmas di Kota Binjai. Salah satu faktor yang mengakibatkan fenomena ini adalah sikap ego sektoral Dinas Kesehatan. Kasus yang menguatkan fenomena ini didasarkan pada dua temuan, yaitu tidak dilibatkannya Puskesmas dalam proses perumusan dan juga adanya kecenderungan untuk mengalokasikan anggaran ke dalam bentuk fisik tiap-tiap bidang. Hal ini berdampak terhadap penurunan biaya operasional Puskesmas. Perlu adanya perubahan mekanisme formulasi kebijakan anggaran pada Dinas Kesehatan Kota Binjai untuk dapat berpihak kepada penduduk miskin. Di samping itu, DPRD Kota Binjai hendaknya meningkatkan kapabilitas dan keberpihakan kepada masyarakat miskin dalam melegislasi alokasi anggaran dan kelayakan rencana kerja yang dianggarkan oleh eksekutif sehingga dapat menjadi rekan kerja yang mendukung dari pemerintah daerah.

Daftar Pustaka

- Bastian, Indra. 2006. *Sistem Perencanaan dan Penganggaran Pemerintah Daerah di Indonesia*. Jakarta: Salemba Empat.
- Latief, M. Syahbudin dan P., Evita Hanie. 2004. "Pemerintah Kabupaten/Kota yang Berpihak pada Penduduk Miskin: Upaya Awal Penyusunan Indikator". Dalam Faturochman, dkk. (eds.). *Dinamika Kependudukan dan Kebijakan*. Yogyakarta: PSKK UGM, halaman 289-321.
- Kompas*. 2008. "Hanya 5 Persen Perda yang Perhatikan Rakyat Miskin." 11 Januari.
- Permendagri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
- Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik: Konsep Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharto, Edi. 2007. *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.

Sutoro, Eko. 2006. "Mengkaji Ulang Good Governance", *Jurnal Ilmu Sosial Alternatif*. Thomas, Vinod, dkk. 2001. *The Quality of Growth* (Kualitas Pertumbuhan). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Universitas Gadjah Mada Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan. *Pedoman Penelitian Survei Governance dan Desentralisasi*. 2002. Yogyakarta: Kerja sama dengan PSKK UGM-PEG USAID-UNDP-World Bank.

Wibawa, Samodra. 1994. *Kebijakan Publik: "Proses dan Analisis"*. Jakarta: Intermedei.

Pengukuran Kinerja Pembangunan Sektor Pendidikan Dasar di Indonesia

Ronny Dicky Wijaya Sinaga¹

Abstract

Education is an important issue, both regionally and globally. This research describes the measurement of the development performance in basic education in Indonesia (by the year 2000 and 2007) considering the compulsory of 9 years education (Wajardiknas Policy) which launched in 1994, but lost its pamour during the reform and early of autonomy era. The launching of Inpres. No. 5/2006 has strengthen the policy and sincronized it to the MGDs related to education which should be accomplished in 2015. This research is a secondary data analysis using data from IFLS 2000 and 2007. Some of the results of this research is that there was an increasing in the educational expenses, but the number of students who should be paid for it have decreasing significantly. The government should pay more attention on the APM in Junior High which still lower than the national target. Students coming from poor families also should have more attention from the government in finishing their education, especially in relation with the educational expenses.

Keywords: *Basic Education, Wajardikdas Policy, and Local Autonomy*

Intisari

Pendidikan menjadi isu penting, baik secara nasional maupun global. Penelitian ini mendeskripsikan hasil pengukuran kinerja pembangunan pendidikan dasar di Indonesia (tahun 2000 dan 2007) mengingat kebijakan Wajardiknas 9 Tahun yang dicanangkan tahun 1994 kehilangan pamornya saat reformasi dan masa awal otonomi daerah. Terbitlah Inpres No. 5 Tahun 2006 untuk menguatkan kembali kebijakan itu dan kembali mengarahkan tujuan MDGs bidang pendidikan di tahun 2015. Penelitian ini merupakan analisis data sekunder Sakerti 2000 dan 2007 yang diolah secara cross sectional. Hasil penelitian ini, antara lain, adalah peningkatan biaya pendidikan secara drastis, tetapi secara kuantitatif jumlah siswa yang dipungut biaya pendidikan menurun secara signifikan. APM untuk SMP juga masih jauh dari target nasional sehingga dibutuhkan perhatian ekstra dari pemerintah. Siswa miskin juga perlu mendapat perhatian untuk menuntaskan pendidikan, terutama dari segi pembiayaan.

Kata kunci: pendidikan dasar, kebijakan Wajardiknas, otonomi daerah

¹ Staf Bappeda Kota Pematang Siantar, Provinsi Sumatra Utara.

Pendahuluan

Pendidikan merupakan salah satu unsur penting untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat, tidak terkecuali masyarakat Indonesia. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), pendidikan menjadi salah satu indikator penyusunnya dan karena pentingnya isu pendidikan, ia menjadi salah satu tujuan pembangunan milenium. Sayangnya, banyak negara (termasuk Indonesia) belum dapat menunjukkan prestasi yang membanggakan dalam pembangunan bidang pendidikan. Bahkan terdapat paradoks bahwa keberhasilan pembangunan ekonomi seperti yang dialami Indonesia di awal tahun 1990-an ternyata tidak diikuti dengan peningkatan kualitas pendidikan. Salah satu sebab adalah rendahnya kepedulian pemangku kepentingan untuk menempatkan pendidikan sebagai sektor penting dalam strategi pembangunan bangsa.

Data Kementerian Kesejahteraan Rakyat menunjukkan bahwa setiap tahun terdapat sekitar 1,2 juta anak lulusan Sekolah Dasar yang tidak melanjutkan ke jenjang pendidikan menengah (SMP). Kemudian dikatakan bahwa sekitar 1,2 juta anak lainnya putus sekolah (tidak tamat sekolah dasar) serta 454.000 anak SMP putus sekolah. Selain permasalahan rendahnya akses penduduk terhadap pendidikan dasar, isu semakin mahal biaya pendidikan, disparitas mutu pendidikan di wilayah Indonesia barat dan timur, serta disparitas antara desa dan kota juga menjadi hal yang cukup merisaukan.

Upaya meningkatkan kualitas dan cakupan penduduk berpendidikan dasar dimulai sejak 2 Mei 1994 ketika Presiden Soeharto menandatangani Program Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun (Wajardikdas). Kebijakan ini bertujuan untuk memperluas kesempatan memperoleh pendidikan dasar bagi seluruh penduduk Indonesia dan juga menekankan pada upaya penciptaan pemerataan pendidikan

bagi seluruh lapisan masyarakat. Wajardikdas yang dicanangkan tahun 1994 menargetkan sepuluh tahun kemudian atau tahun 2004 seluruh rakyat Indonesia minimal telah menikmati sekolah selama sembilan tahun tersebut.

Target tersebut rupanya tidak tercapai walaupun pada 2003 dikeluarkan UU No. 20 tentang Sistem Pendidikan Nasional yang menguatkan kembali kewajiban pemerintah pusat dan daerah untuk menyediakan layanan pendidikan dasar. Peraturan tersebut diikuti dengan Inpres No. 5 Tahun 2006 yang menegaskan bahwa Angka Partisipasi Murni (APM) SD/MI dan SMP/MTS masing-masing ditargetkan minimal 95 persen dan 90 persen pada akhir 2008. Angka putus sekolah juga diusahakan untuk diminimalkan sampai kurang dari 1 persen tahun 2008, yang juga merupakan target MDGs. Kegagalan pencapaian target dikondisikan pula oleh adanya perubahan sistem pemerintahan dan krisis ekonomi tahun 1997 sehingga semakin tidak kondusif bagi pencapaian target dan kurang positif bagi pembangunan pendidikan dasar. Pada akhirnya target Wajardikdas 9 tahun harus diundur hingga tahun 2008.

Setelah lebih dari 16 tahun sejak dicanangkan, Indonesia berusaha mencapai target Wajardikdas dan MDGs pada 2004 karena pada kenyataannya masih banyak anak yang tidak dapat bersekolah atau bahkan terpaksa berhenti sekolah. Pada 2007 sekitar 14,5 persen anak putus sekolah dan siswa SD yang mencapai kelas 5 hanya 90 persen.² Kesenjangan akses pendidikan yang berkualitas cukup signifikan terjadi antara penduduk kaya dan penduduk miskin. Pada 2004, Angka Partisipasi Kasar (APK) kelompok 20 persen penduduk termiskin baru mencapai 63,8 persen, sementara kelompok terkaya telah mencapai 97,16 persen.³

² UNICEF (2008), World Bank (2007), UNDP (2007)

Ketiadaan biaya menjadi alasan utama tidak melanjutkan pendidikan. Data menunjukkan bahwa sekitar sepertiga keluarga termiskin bermasalah untuk membayar uang sekolah dan biaya lainnya. Sekalipun sejak masa reformasi, pemerintah berupaya membantu pembiayaan pendidikan siswa miskin, namun ternyata hal itu belum terlalu banyak membantu karena pada dasarnya pemerintah hanya menanggung sebagian biaya pendidikan. Keadaan ini juga mendorong timbulnya tenaga kerja di bawah umur, terutama di sektor informal, yang berasal dari siswa yang putus sekolah ataupun siswa bersekolah sekaligus mencari nafkah (Suryadi, 1998). Oleh karena itu, dengan latar belakang wajib belajar yang telah dilaksanakan tersebut dan mengingat bahwa target wajib belajar telah dimundurkan dari tahun 2004 menjadi 2008, maka menarik untuk mengkaji lebih jauh masalah pendidikan dasar terkait bagaimana kinerja pembangunan pendidikan dasar melalui program Wajib Belajar 9 tahun pada 2007 dan perbandingannya dengan capaian di 2000.

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah di atas, maka penelitian ini bertujuan untuk (a) menggambarkan kondisi riil output kinerja pembangunan pendidikan dasar (Wajardiknas 9 tahun) setelah 16 tahun dan (b) membandingkan capaian kinerja pembangunan pendidikan dasar tahun 2000 dan tahun 2007. Dalam upaya menjawab permasalahan, menarik untuk mencermati konsep yang ditawarkan Thomas R. Dye (1978:1) yang mendefinisikan bahwa kebijakan publik adalah apa pun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan. Kebijakan publik menjadi sangat penting karena akan berdampak pada kehidupan orang banyak. Agenda pendidikan, kesehatan, dan pemberdayaan perekonomian rakyat selalu menjadi agenda yang demikian diprioritaskan terlebih di masa desentralisasi. Untuk mengantisipasi angka partisipasi yang rendah, angka putus sekolah yang tinggi, dan

ketimpangan mutu pendidikan, maka pemerintah mencanangkan gerakan Wajardikdas tahun 1994.

Mencermati tujuan-tujuan gerakan Wajardikdas 9 Tahun, tampak bahwa gerakan ini memiliki dua tujuan berikut. (a) Memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada WNI untuk memperoleh pendidikan dasar dan (b) memberikan kesempatan kepada seluruh warga negara yang berusia 7-15 tahun untuk mengikuti pendidikan dasar atau pendidikan yang setara sampai tamat. Tantangan utama pencapaian tujuan ini adalah adanya krisis ekonomi dan politik yang akhirnya membuyarkan target wajardikdas. Di lain pihak, MDGs mengharuskan negara-negara berkembang berpacu dengan waktu untuk memenuhi target pendidikan tahun 2015.

Untuk membantu pembiayaan pembangunan pendidikan dasar, maka pemerintah mengembangkan skema bantuan JPS Pendidikan/BOS sebagai upaya untuk menuntaskan pendidikan dasar bagi siswa kurang mampu sesuai dengan tuntutan UUD 1945 pasal 2. Selain itu, dalam kerangka otonomi daerah, pemerintah daerah dituntut bertanggung jawab atas pencapaian yang ditargetkan dan mengusahakan anggaran pendidikan sebesar 20 persen (pasal 31, UUD 1945)

Dalam upaya melakukan pengukuran kinerja pembangunan sektor pendidikan, Meter dan Horn (dalam Wibawa, 1994) menegaskan bahwa kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran. Menurut Salim dan Woodward (dalam Keban, 1995:4), kinerja dapat diukur dari beberapa indikator, *demand, economy, efficiency, effectiveness and equity*. Menurut Halachmi (1999), indikator kinerja terdiri dari efektivitas, efisiensi, kualitas, pemerataan dan keadilan, serta ketepatan waktu dan keamanan. Sementara itu, Dunn (2000:610) merumuskan enam kriteria evaluasi kinerja

³ Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia per Agustus 2005

kebijakan, yaitu efektivitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas, dan ketepatan. Dalam penelitian ini, dari beberapa variabel yang telah dijelaskan di atas, maka dipilih empat variabel yang akan diteliti, yaitu efektivitas, efisiensi, kualitas, serta pemerataan dan keadilan.

Metode Penelitian

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Sumber datanya adalah data Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia (Sakerti 2000 dan 2007) yang dimiliki oleh Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada. Pada penelitian ini, yang menjadi populasi adalah rumah tangga responden Sakerti 2000 dan 2007 di Indonesia dan sampelnya adalah seluruh responden yang sekolah/tidak sekolah dengan usia setara level pendidikan dasar (anak usia 7-15 tahun) yang terdapat pada buku 5.

Sebagaimana telah dijelaskan, upaya mengukur kinerja kebijakan pendidikan dasar dilakukan dengan empat variabel, yakni efektivitas, efisiensi, kualitas, serta pemerataan dan keadilan. Variabel pertama adalah efektivitas. Berdasarkan Keputusan Menko Kesra No.18/Kep/MenkoKesra/X/1994, salah satu indikator untuk mengukur efektivitas pendidikan adalah melalui Angka Partisipasi Murni (APM). Untuk Angka Partisipasi Kasar (APK), tidak disajikan di sini mengingat APK meliputi penduduk yang bersekolah pada jenjang tertentu, sementara penelitian ini memfokuskan pada anak yang berusia di bawah 15 tahun. Selain APM, efektivitas pendidikan akan diukur melalui pendekatan angka putus sekolah (SD ke SMP).

Variabel kedua adalah kualitas pendidikan yang akan diukur melalui nilai ujian nasional (EBTANAS/UN) sesuai dengan indikator yang digunakan oleh Depdiknas (2001:2) untuk mengukur kualitas pendidikan Indonesia. Nilai

EBTANAS yang akan disajikan hanya meliputi nilai EBTANAS SD saja karena keterbatasan data dalam buku 5 Sakerti. Untuk mengukur efisiensi pendidikan, sebagai variabel ketiga, digunakan pembiayaan pendidikan yang meliputi uang registrasi, uang sekolah, uang buku, uang seragam, dan uang ujian. Variabel terakhir berkaitan dengan aspek pemerataan pendidikan, khususnya akses masyarakat miskin terhadap pendidikan dasar dan juga akses pendidikan berdasarkan jenis kelamin dan wilayah tinggal (desa-kota).

Pemilihan variabel penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, yakni beberapa variabel dalam penelitian ini merupakan variabel yang berasal dari data sekunder sehingga tidak memungkinkan eksplorasi lebih jauh terkait dengan data. Sebagai ilustrasi adanya keterbatasan tersebut, misalnya, adalah dalam penjabaran indikator-indikator pendidikan sehingga indikator tersebut hanya dapat menggunakan variabel yang sudah ada. Hal ini berdampak pada keterbatasan kemampuan untuk mengembangkan isu-isu terkait terlebih penelitian ini tidak didukung dengan penelitian lapangan. Kesulitan lain adalah adanya keterbatasan kemampuan untuk menentukan rumah tangga yang miskin atau tidak miskin karena ketersediaan data kemiskinan yang tersedia hanya data tahun 1999. Kelemahan data yang lain adalah adanya perbedaan konsep dan batasan umur. Batasan umur pada buku 5 Sakerti adalah 14 tahun, sementara batasan umur usia pendidikan dasar adalah 15 tahun sehingga untuk mendapatkan perkiraan jumlah anak usia 15 tahun, dilakukan dengan proyeksi.

Hasil dan Pembahasan

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang berpenduduk terbesar di dunia dengan komposisi penduduk piramida penduduk berbentuk limas menghadapi permasalahan-permasalahan sosial yang tidak gampang, termasuk pendidikan. Pendidikan menjadi salah satu indikator penting dalam penilaian Indeks

Tabel 1
IPM Indonesia di Antara Beberapa Negara

| Negara | Data 2007 | Peringkat |
|-----------|-----------|-----------|
| Singapura | 0.944 | 23 |
| Malaysia | 0.829 | 66 |
| Filipina | 0.751 | 105 |
| Indonesia | 0.734 | 111 |
| Myanmar | 0.586 | 138 |

Sumber: UNDP, 2007

Tabel 2
Dinamika Angka Melek Huruf di Indikator

| Tahun | Tingkat Baca-Tulis (% , Usia >15) | Rasio Pendaftaran Bersekolah | HDI |
|-------|--------------------------------------|------------------------------|-------|
| 2000 | 81,5 | 67,1 | 0,673 |
| 2005 | 92 | 67,2 | 0,723 |
| 2006 | 92 | 68,2 | 0,729 |
| 2007 | 92 | 68,2 | 0,734 |

Sumber: UNDP 2009

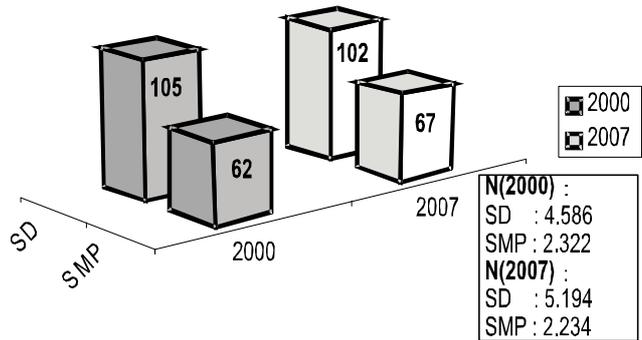
Pembangunan Manusia (IPM) sebagai indikator penilaian secara global/internasional. Data IPM tahun 2007 menunjukkan posisi Indonesia menduduki nomor 4 dari lima negara ASEAN di atas Myanmar (Tabel 1).

Data tentang kondisi pendidikan, khususnya aspek dinamika angka melek huruf, ditunjukkan pada Tabel 2. Angka melek huruf turut menggambarkan kualitas pendidikan di Indonesia yang merupakan hasil pembangunan sektor pendidikan sejak 65 tahun yang lalu.

Analisis SAKERTI menunjukkan Angka Partisipasi Murni (APM) dari tahun 2000 ke 2007 di tingkat SD mengalami penurunan sebesar (3,1 persen), sementara di tingkat SMP justru mengalami peningkatan sebesar 5 persen. Sementara itu, berdasarkan data BPS, APM SD

Grafik 1

Angka Partisipasi Murni SD dan SMP



Sumber: Diolah dari SAKERTI 2000 dan 2007

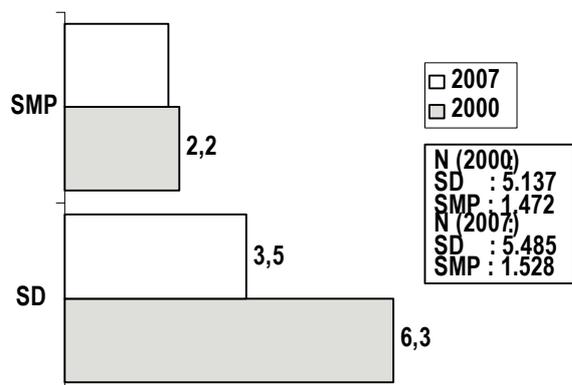
dan SMP tahun 2000 sebesar 92,3 persen dan 60,5 persen, pada 2007 sebesar 93,7 persen dan 66,6 persen.

Data Grafik 1, kesimpulan sementara yang dapat diambil adalah perlunya peningkatan perhatian pemerintah pusat dan daerah pada APM tingkat SMP. Hal ini disebabkan oleh angka capaian tahun 2007 masih jauh dari target nasional dan sangat kontras jika dibandingkan dengan pencapaian APM di tingkat SD.⁴ Kondisi ini sangat merisaukan mengingat pencapaian-pencapaian ini terjadi pada era otonomi daerah. Seperti telah dipahami bersama, dalam era otonomi daerah, pembangunan berbagai bidang telah melibatkan peran pemerintah daerah secara intensif. Demikian juga dalam upaya meningkatkan angka partisipasi pada level SMP. Namun tujuan desentralisasi pendidikan untuk menerapkan prinsip otonomisasi dan desentralisasi yang ditegaskan dalam GBHN 1999-2004 tentang pendidikan yang mencakup perluasan dan pemerataan kesempatan memperoleh pendidikan yang bermutu kian jauh dari kenyataan.

Isu lain yang menarik dari penelitian ini adalah pencapaian Angka Putus Sekolah. Data menunjukkan angka putus sekolah SD dan SMP

⁴ Capaian APM SD sudah di atas 100 persen, namun pada level SMP masih berkuat pada posisi 60 persen sekalipun selama 7 tahun mengalami peningkatan. Dalam Kepmendiknas nomor 129a/U/2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Pendidikan, target Angka Partisipasi Murni sebesar 95 persen (SD) dan 90 persen (SMP) tahun 2008.

Grafik 2
Angka Putus Sekolah (SD dan SMP)



tahun 2000 mencapai angka 6,3 persen dan 2,2 persen. Angka tersebut kemudian menurun tahun 2007 menjadi 3,5 persen dan 2 persen (Grafik 2). Angka ini masih jauh daripada harapan/target pemerintah yang menargetkan angka putus sekolah maksimal 1 persen bagi SD dan SMP tahun 2008.⁵ Dari data yang dikeluarkan oleh Depdiknas, tahun 2004-2005 dirata-ratakan setiap 5 menit ada 10 orang anak yang putus sekolah dan penyebab utamanya adalah ketiadaan biaya pendidikan.

Analisis kualitas pendidikan menunjukkan beberapa hal yang menarik. Pendekatan yang digunakan untuk mengukur kualitas pendidikan adalah dengan indikator nilai EBTANAS atau UN. Istilah EBTANAS digunakan sampai dengan tahun ajaran 2001/2002,⁶ kemudian timbullah istilah baru yang disebut Ujian Nasional (UN) yang bermula pada tahun ajaran 2002/2003. Namun fungsi EBTANAS dan UN berbeda

Tabel 3
Nilai Rata-rata EBTANAS/UN SD Tahun 2000 dan 2007

| Variable | Obs | Mean |
|----------------|------|----------|
| un_rerata_2000 | 1585 | 64,69043 |
| un_rerata_2007 | 1261 | 40,61298 |

Sumber: Diolah dari SAKERTI 2000 dan 2007

karena EBTANAS digunakan sebagai indikator evaluasi pendidikan secara nasional dan digunakan sebagai syarat untuk memasuki jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Dalam penentuan kelulusannya, sekolah berhak menentukannya. Namun kelulusan dalam UN dimaknai sebagai batas nilai kelulusan yang telah dilewati siswa dan nilai ini adalah yang dikeluarkan oleh Departemen Pendidikan Nasional setiap tahunnya.

Terkait dengan isu efisiensi, efisiensi pendidikan dipahami terkait dengan pembiayaan untuk mengakses pendidikan dasar, di antaranya meliputi uang pendaftaran, uang/iuran sekolah, dan uang ujian. Pada Tabel 4, rata-rata pembiayaan mengalami peningkatan yang sangat mencengangkan (lebih dari 100 persen). Apabila diasumsikan bahwa kenaikan rata-rata biaya mengikuti laju inflasi dengan asumsi 8 persen per tahun, maka seharusnya kenaikan harga dari tahun 2000 sampai 2007 tidak lebih dari 60 persen. Kekhawatiran yang terutama adalah bagaimana masyarakat miskin mampu menjangkau komponen-komponen biaya tersebut karena sekalipun BOS secara teori telah mencakup uang pendaftaran, uang/iuran sekolah, dan uang ujian, namun kutipan-kutipan

Tabel 4
Persentase Biaya Pendidikan Tahun 2000 dan 2007

| Variable | Observasi | Mean |
|--------------------|-----------|-----------|
| Tahun 2000 | | |
| • Uang pendaftaran | 5515 | 486,7902 |
| • Uang sekolah | 6126 | 23.897,58 |
| • Uang ujian | 6196 | 1.732,192 |
| Tahun 2007 | | |
| • Uang pendaftaran | 1389 | 148.120,3 |
| • Uang sekolah | 2872 | 122.105,1 |
| • Uang ujian | 567 | 35.202,12 |

Sumber: Diolah dari SAKERTI 2000 dan 2007

⁵ Bab III, Kepmendiknas No. 129a/U/2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Pendidikan

⁶ EBTANAS merupakan implementasi dari Pasal 43 dan 44, UU Nomor 2 Tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

mengatasnamakan uang komite dan uang ujian tetap masih ada (Tabel 4).

Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Pasal 11 ayat (2) menyebutkan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah wajib menjamin tersedianya anggaran guna terselenggaranya pendidikan bagi setiap warga negara yang berusia 7-15 tahun. Warga negara yang berusia 7 sampai 15 tahun wajib mengikuti pendidikan dasar tanpa dipungut biaya dan pemerintah pusat serta pemerintah daerah wajib membiayainya (pasal 6,11 dan 34).

Sebagai solusi, sejak tahun ajaran 1998/1999 pemerintah memberikan bantuan pendidikan bagi siswa miskin yang bersumber dari APBN. Pada tahun ajaran 1998/1999 beasiswa pendidikan itu disebut Jaring Pengaman Sosial (JPS) Bidang Pendidikan dan kemudian tahun 2001 berubah istilahnya menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM) bidang pendidikan akibat dari berkurangnya subsidi pemerintah terhadap BBM. Pada tahun ajaran 2005/2006 subsidi BBM kembali dikurangi sehingga struktur pembiayaan beasiswa pendidikan juga dimodifikasi dan diberi nama Bantuan Operasional Sekolah (BOS). Setiap tahunnya dana ini mengalami peningkatan seiring dengan kemampuan APBN dan APBD, namun tetap belum cukup untuk memacu anak dari keluarga miskin menyelesaikan level pendidikan dasar.

Dalam analisis uji beda Chi-Square dengan tingkat kepercayaan 95 persen antara pengurangan biaya pendidikan berdasarkan status sosial, tahun 2000 (Pr = 0,288, Pearson $\chi^2(3) = 3,7635$) dan 2007 (Pr = 0,221, Pearson $\chi^2(3) = 4,4003$), karena nilai probabilitas $>0,05$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak yang berarti tidak ada perbedaan antara status sosial (miskin/tidak miskin) dengan pengurangan uang sekolah.

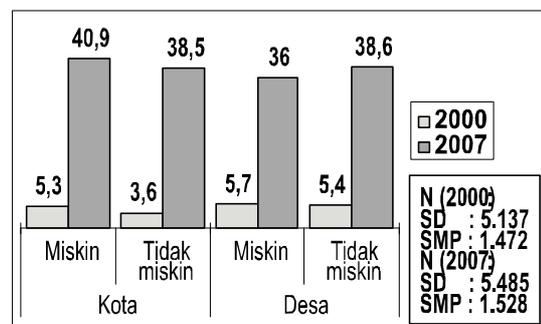
Dalam Grafik 3, terjadi peningkatan persentase yang cukup signifikan untuk

pengurangan biaya pendidikan kepada siswa yang ada di kota maupun di desa, namun yang mengkhawatirkan adalah bantuan biaya pendidikan yang diberikan pemerintah pusat maupun daerah berpotensi salah sasaran. Dalam Grafik 4 rata-rata terjadinya peningkatan persentase siswa miskin atau tidak miskin, baik di kota maupun di desa, hal ini karena mereka menikmati pengurangan biaya. Sebanyak 38,5 persen siswa miskin di kota menikmati pengurangan biaya sekolah dan 40,9 persen siswa tidak miskin di kota juga menikmati pengurangan biaya. Jika hal ini jamak terjadi, akhirnya dapat saja pembiayaan kepada siswa miskin menjadi kurang maksimal karena harus dibagi lagi dengan siswa yang notabene tidak termasuk dalam kategori miskin.

Dalam penelitian di salah satu negara berkembang di Amerika Selatan, Brazil, disimpulkan bahwa siswa dari kalangan miskin hanya dapat mengakses pendidikan dasar yang disediakan pemerintah karena terkenal murah dan terjangkau, namun mutu pendidikannya kurang, ataupun ke sekolah swasta yang dikenal murah pembiayaan, namun juga tidak menyediakan mutu yang memadai (Schwartzman, 2003). Jika hal ini terjadi di Indonesia, maka pendidikan tidak akan membawa banyak perubahan bagi masa depannya. Pendidikan berkualitas rendah yang diakses masyarakat miskin hanya akan membawa mereka ke jenjang profesi yang tidak menjanjikan. Akhirnya

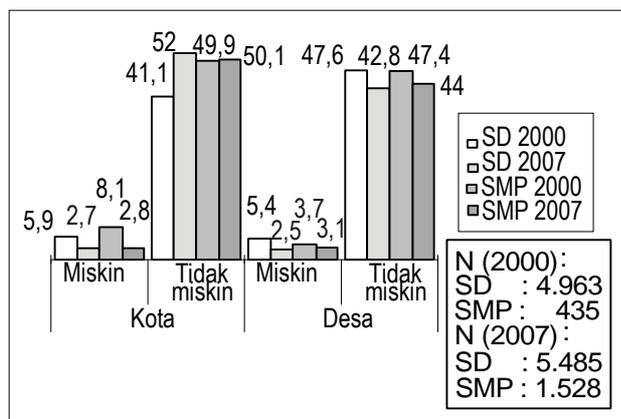
Grafik 3

Persentase Siswa Penerima Pengurangan Iuran Sekolah



Sumber: Diolah dari SAKERTI 2000 dan 2007

Grafik 4
Siswa Berdasarkan Status Sosial



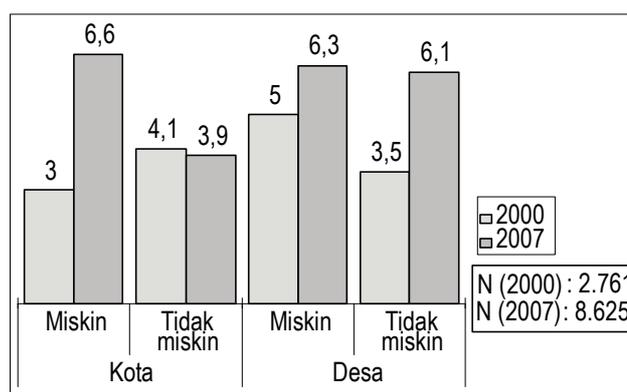
Sumber: Diolah dari SAKERTI 2000 dan 2007

pendidikan dasar bagi masyarakat miskin tidak terlalu menarik lagi. Kenyataan membuktikan bahwa secara persentase terjadi penurunan yang cukup berarti sejak tahun 2000 ke tahun 2007 karena hanya siswa dari keluarga tidak miskin yang dapat mengakses pendidikan dasar (SD dan SMP). Dilihat dari siswa yang bekerja di saat sekolah, maka siswa miskin dan tidak miskin yang bekerja secara umum meningkat tahun 2007 dan kenyataan yang menarik adalah siswa tidak miskin juga bekerja pada masa siswa bersekolah (Grafik 5).

Bagi kebanyakan keluarga miskin, anak-anak dipandang sebagai sumber pendapatan penting untuk membantu menopang perekonomian keluarga dan dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya sehari-hari (Wiyono, 2001). Faktor lain timbulnya pekerja anak adalah dorongan globalisasi dan industrialisasi (White, 1994). Temuan dalam penelitian ini cukup menarik, yakni fenomena anak bekerja sambil sekolah muncul pada keluarga miskin dan tidak miskin, baik kota maupun desa, sehingga kedua faktor di atas sangat masuk akal menjadi penyebab maraknya pekerja anak di kalangan masyarakat.

Hal ini selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Haryana (2008) yang mengungkapkan bahwa anak yang putus sekolah harus bekerja membantu memenuhi nafkah keluarga dan tidak jarang harus memakai

Grafik 5
Siswa Bekerja Berdasarkan



Sumber: Diolah dari SAKERTI 2000 dan 2007

jam sekolah untuk itu. Pekerjaan ini dilakukan juga untuk mendukung pembiayaan sekolah yang tidak ditanggung oleh pemerintah. Mereka yang bekerja di masa sekolah umumnya berasal dari keluarga yang tidak mampu dan memiliki banyak anak sehingga anak dianggap sebagai faktor produksi.

Data penelitian terkait dengan pendidikan dan kondisi wilayah menunjukkan bahwa pada indikator nilai rata-rata UN dengan mengategorisasikan nilai rata-rata UN (Tabel 5), maka pada 2007 ternyata rata-rata nilai UN dengan kategori cukup dan tinggi mengalami penurunan yang signifikan, baik di kota maupun desa. Sementara itu, nilai rata-rata UN dengan kategori rendah mengalami peningkatan. Penjelasan untuk hal ini relatif sama dengan penjelasan pada penilaian indikator kualitas pendidikan yang menyebutkan bahwa bobot soal UN tahun 2007 jauh di atas bobot soal EBTANAS yang bersifat rayonisasi pada 2000.

Pada Tabel 5 ditunjukkan analisis independen t-test antara nilai UN dan wilayah (desa-kota) tahun 2000 dan 2007. Untuk tahun 2000, terlihat bahwa F hitung un_rerata (diasumsikan kedua varian sama) adalah 1,335 dengan probabilitas 0,249 karena probabilitas > 0,05, maka Ho diterima artinya kedua varian sama. Selanjutnya t hitung untuk un_rerata dengan *equal variance assumed* adalah 0,549 dengan probabilitas 0,583, untuk uji dua sisi, maka probabilitas

Tabel 5
Kualitas Pendidikan Dasar Berdasarkan Kota/Desa

| Kategori Nilai UN | Kota | | Desa | |
|-------------------|------|------|------|------|
| | 2000 | 2007 | 2000 | 2007 |
| Sangat rendah | 0 | 138 | 1 | 147 |
| (%) | 0 | 20,3 | 0,5 | 25,3 |
| Rendah | 30 | 312 | 21 | 285 |
| (%) | 13,8 | 45,9 | 10 | 49 |
| Cukup | 161 | 209 | 163 | 130 |
| (%) | 74,2 | 30,7 | 77,2 | 22,4 |
| Tinggi | 26 | 21 | 26 | 19 |
| (%) | 12 | 3,1 | 12,3 | 3,3 |
| Observasi | 217 | 680 | 211 | 581 |

Sumber: Diolah dari SAKERTI 2000 dan 2007

menjadi $0,2915 (0,583/2) > 0,025$, maka H_0 diterima, artinya rata-rata nilai UN di desa dan kota sama. Pada 2007, terlihat bahwa F hitung un_rerata (diasumsikan kedua varian sama) adalah $0,202$ dengan probabilitas $0,653$ karena probabilitas $> 0,05$, maka H_0 diterima artinya kedua varian sama. Selanjutnya t hitung untuk un_rerata dengan *equal variance assumed* adalah $0,890$ dengan probabilitas $0,374$, untuk uji dua sisi, maka probabilitas menjadi $0,187 (0,374/2) > 0,025$, maka H_0 diterima, artinya rata-rata nilai UN di desa dan kota sama. Dengan signifikansi $> 0,05$ pada 2000 dan 2007, maka berarti tidak ada hubungan antara nilai UN dengan wilayah (desa/kota).

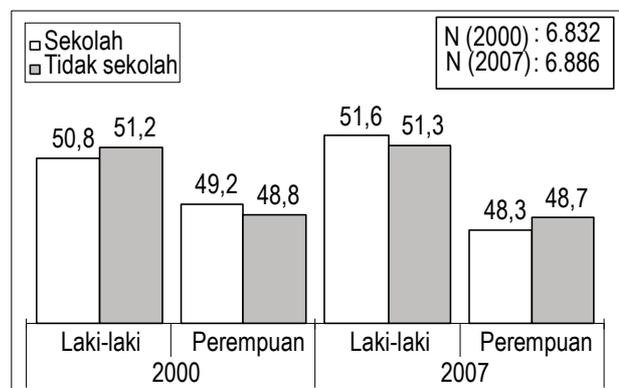
Analisis kaitan akses pendidikan dan gender menunjukkan hal yang cukup menarik. Dalam analisis beda Chi_Square antara gender dan siswa bersekolah/tidak dan tingkat kepercayaan 95%, pada tahun 2000 ($Pr = 0,872$, $Pearson\ chi^2(3) = 0,0261$) dan 2007 ($Pr = 0,698$, $Pearson\ chi^2(3) = 0,1508$), karena nilai probabilitas $> 0,05$ maka H_0 diterima yang berarti tidak ada perbedaan gender dalam hal mengakses sekolah.

Berbagai macam budaya dengan latar belakang dominasi paternalistik yang amat kuat di Indonesia memengaruhi pandangan pendidikan bagi perempuan yang dianggap hanya mengurus masalah domestik sehingga tidak perlu bersekolah tinggi. Namun dalam hal mengakses pendidikan dasar, isu bias gender ternyata tidak terbukti. Peran siswa perempuan ternyata tidak dipandang lebih rendah dibandingkan dengan peran siswa laki-laki, seperti yang dijelaskan Fakih (2001) bahwa masyarakat memandang gender laki-laki lebih utama daripada perempuan.

Dalam hal keterkaitan antara pembangunan pendidikan dasar dan desentralisasi, desentralisasi politik telah memberikan kewenangan kepada daerah untuk mengurus daerah sesuai karakteristik dan prioritas pembangunannya. Pendidikan sebagai kewenangan penting juga telah menjadi bagian dari tanggung jawab pemerintah daerah. Pembiayaan pendidikan dasar ini juga telah diatur dalam kebijakan desentralisasi fiskal sehingga daerah telah diperlengkapi dengan pendanaan untuk menuntaskan prioritas pembangunan di tiap-tiap daerah.

Capaian-capaian tahun 2000 masih menunjukkan gambaran kinerja pembangunan pendidikan dasar pada masa Orde Baru dan Reformasi yang masih dipenuhi dengan banyak perubahan mendasar. Di saat yang sama,

Grafik 6
Pendidikan Dasar Berdasarkan Gender



Sumber: Diolah dari SAKERTI 2000 dan 2007

euforia berdemokrasi masih menyisakan tuntutan rakyat yang tidak habis-habisnya sehingga pemerintahan menjadi tidak stabil dan banyak agenda pembangunan yang terabaikan, termasuk pendidikan. Selain itu, tahun 2000 masih menyisakan dampak yang amat besar pascakrisis ekonomi tahun 1997.

Hal ini berbeda dengan kondisi tahun 2007 yang relatif sudah lebih teratur dan stabil dalam pengelolaan administrasi pemerintahannya. Namun secara umum capaian pembangunan pendidikan dasar belum memuaskan, baik dari aspek efektivitas, kualitas, efisiensi maupun pemerataan. Padahal setiap tahunnya, dalam hal pendanaan, program ini tidak hanya didukung oleh pemerintah pusat, namun juga pemerintah daerah sehingga seharusnya target harus semakin cepat tercapai.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Didyk Choiroel (2005) diungkapkan bahwa sekalipun volume anggaran pemerintah daerah meningkat setiap tahunnya sesuai dengan kewenangan dan urusan yang dilimpahkan kepada daerah, tetapi alokasi anggaran masih didominasi oleh pengeluaran operasional birokrasi. Hal ini mengakibatkan terabaikannya pendanaan sektor pelayanan dasar (kesehatan dan pendidikan).

Dinamika kebijakan pendidikan dasar sejak Orde Baru menuju otonomi daerah tidak berubah secara esensi. Umumnya kebijakan pembangunan pendidikan dasar masih berfokus pada pencapaian target wajib belajar 9 tahun. Demikian pula di masa desentralisasi yang karena belum tercapainya target tahun 2004, kebijakan pada masa ini justru berupaya mencapai target yang ditetapkan tahun 2008. Namun prestasi kinerja tahun 2007 masih jauh dari target.

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, dapat dirumuskan beberapa simpulan dan saran berkaitan dengan kinerja pembangunan pendidikan dasar di Indonesia tahun 2000-2007. Pertama, terkait dengan efektivitas pendidikan, Angka Partisipasi Murni (APM) dan angka putus sekolah masih jauh dari target yang ditentukan, secara khusus pada level SMP, padahal berdasarkan target, hal itu diharapkan terwujud tahun 2008. Daerah otonom seharusnya bekerja keras meningkatkan APM di daerahnya karena kewenangan pendidikan juga dimiliki daerah otonom. Namun hal ini belum tampak pada kebijakan yang diambil. Kedua, pada aspek kualitas pendidikan. Perbedaan dalam teknis EBTANAS dan UN telah mengakibatkan penurunan nilai rerata UN tahun 2007. Penyusunan materi soal UN disamaratakan bobotnya se-Indonesia, padahal jika ditilik berdasarkan wilayah (Indonesia barat dan timur, perdesaan dan perkotaan), masih terdapat ketimpangan mutu dan sarana prasana pendidikan yang nyata.

Ketiga, aspek efisiensi pendidikan. Secara kuantitas, siswa yang membayar uang pendaftaran, uang sekolah, dan uang ujian telah menurun secara signifikan seiring gencarnya Bantuan Operasional Sekolah. Namun siswa yang masih harus membayar ketiga komponen pembiayaan tersebut tetap harus menanggung beban pembiayaan yang sangat mahal. Keempat, pemerataan pendidikan di Indonesia. Kemiskinan menjadi faktor penghambat untuk menuntaskan pendidikan dasar 9 tahun. Dana BOS yang ada secara kuantitas belum memadai untuk menutup kebutuhan biaya pendidikan yang tidak sedikit. Apalagi siswa tidak miskin pun pada kenyataannya menerima dana BOS juga.

Namun isu bias gender dapat ditepis di level pendidikan dasar karena tidak ada perbedaan bagi siswa laki-laki dan perempuan dalam mengakses pendidikan dasar.

Berdasarkan kajian ini, beberapa rekomendasi dapat diajukan. Pertama, APM di tingkat SMP harus semakin diperhatikan karena angka capaian benar-benar masih jauh daripada harapan/target. Jikalau APM di tingkat SMP masih rendah, maka dipastikan APM tingkat SMA akan terpengaruh, belum lagi memperhitungkan angka putus sekolah di level tersebut. Kedua, UN memang sangat diperlukan untuk memetakan kualitas pendidikan. Namun setelah dipetakan dan diketahui daerah mana yang perlu dibangun secara intensif, pemerintah pusat maupun daerah harus secara bersama-sama menggarapnya sehingga nilai rata-rata secara nasional dapat meningkat setiap tahunnya.

Ketiga, pendidikan berkualitas memang membutuhkan biaya yang tidak sedikit sehingga Bantuan Operasional Sekolah (BOS) sudah merupakan strategi yang benar. Namun kriteria pengalokasiannya perlu lebih diperketat karena dalam kenyataannya, siswa miskin dan tidak miskin menerima perlakuan dan pembiayaan yang relatif sama. Padahal jika dibedakan secara adil, maka siswa miskin seharusnya mendapatkan porsi yang berlebih sehingga dapat membiayai biaya pendidikan lainnya di luar uang pendaftaran, uang/iuran sekolah, dan uang ujian. Keempat, secara umum, pemerataan pendidikan telah menunjukkan perbaikan yang sangat menggembirakan, baik berdasarkan kota/desa dan gender (laki-laki/perempuan), namun akses pendidikan dasar (SD dan SMP) bagi siswa yang berasal dari keluarga miskin perlu diperhatikan karena secara persentase terjadi penurunan. Fenomena yang penting menjadi bahan perhatian adalah anak yang bekerja sambil bersekolah karena tentunya dapat mengganggu perhatian dan konsentrasi untuk berprestasi.

Daftar Pustaka

- Choiroel, Didyk. 2005. "Desentralisasi Fiskal dan Komitmen Belanja Daerah untuk Prioritas Pelayanan Dasar Publik". Tesis. Yogyakarta: SPS UGM.
- Departemen Pendidikan Nasional. 2001. *Standar Operasional Prosedur Ujian Akhir Nasional*. Jakarta.
- Dunn, W. N. 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Dye, Thomas. R. 1978. *Understanding Public Policy*. New Jersey:Prentice-Hall.
- Fakih, M. 2001. *Analisis Gender dan Transformasi Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Halachmi, Arie. 1999. *Performance and Measurement in Government: Issues and Experiences*. Burke, VA: Chatelaine Press.
- Haryana, I Nengah Danta. 2008. "Hambatan Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun: Studi Tentang Penyebab Anak Tidak Bersekolah pada Sekolah Menengah Pertama di Kecamatan Kintamani, Kabupaten Bangli". Tesis. Yogyakarta: UGM.
- Keban, Y. T. 1995. *Forecasting dalam Analisis Kebijakan*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada.
- Schwartzman, Simon. 2003. "The Challeges of Education in Brazil". [Http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/challeges.pdf](http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/challeges.pdf). Diunduh pada 24 Juni 2010.
- Suryadi, A. 1998. "Pekerja Anak di Indonesia: Tinjauan Teoritis dan Empiris". *Warta Demografi* 18 (4): 31-39.
- White, B. 1994. *Child Labour in Indonesia*. Jakarta: ILO-IPEC.

Wibawa, S. 1994. *Kebijakan Publik: Proses dan Analisis*. Jakarta: Intermedia.

Wiyono, N.H. 2001. "Pekerja Anak di Indonesia: Tinjauan Teoritis dan Empiris", *Warta Demografi* 31(4): 13.

PENGETAHUAN PEREMPUAN INDONESIA TENTANG HIV/AIDS

Lilik Iswanto¹

Abstract

HIV/AIDS is a serious health problem in the world, including in Indonesia. It has a huge impact in economic, social and political aspects. There fore research regarding the knowledge of HIV/AIDS become important. This paper explores women's knowledge of HIV/AIDS in Indonesia using secondary data from Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) 2007. In measuring the knowledge indicator used such as have you ever heard about HIV/AIDS, knowledge of the transmission and HIV/AIDS prevention. Statistic descriptive, composite and binary logistic were using to answer the research problem. The result shows that women's knowledge in HIV/AIDS is fairly good. The main factor which influence women's knowledge of HIV/AIDS is their level of education along with their spouse. Women who have finished their education in senior high has twice better knowledge on HIV/AIDS compared to those who did not finish.

Keywords: HIV/AIDS, women's knowledge, education level

Intisari

HIV/AIDS adalah masalah kesehatan serius yang dihadapi oleh dunia, termasuk Indonesia. Dampak HIV/AIDS sangat besar pada aspek ekonomi, sosial, dan politik. Oleh karenanya, sebuah penelitian tentang pengetahuan terhadap HIV/AIDS sangatlah penting. Tulisan ini akan mengkaji pengetahuan perempuan terhadap HIV/AIDS di Indonesia dengan menggunakan data sekunder Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. Indikator yang digunakan adalah pernah mendengar tentang HIV/AIDS, pengetahuan tentang penyebarannya, dan cara pencegahan HIV/AIDS. Analisis statistik deskriptif, komposit, dan regresi biner menjadi kesatuan dalam menjawab pertanyaan penelitian ini. Hasil analisis menunjukkan bahwa pengetahuan perempuan terhadap HIV/AIDS sudah cukup baik. Faktor utama yang memengaruhi pengetahuan perempuan terhadap HIV/AIDS adalah tingkat pendidikan mereka dan pasangan mereka. Perempuan yang telah menyelesaikan pendidikan tingkat atas mempunyai pengetahuan dua kali lebih baik daripada mereka yang tidak.

Kata kunci: HIV/AIDS, pengetahuan perempuan, tingkat pendidikan

¹ Asisten lepas di Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan UGM

Pendahuluan

Bangsa-bangsa di dunia telah membuat kesepakatan bersama yang tercermin dalam indeks pembangunan manusia bahwa salah satu indikator penting untuk mengukur kesejahteraan adalah kesehatan. Sehat sebagaimana dijelaskan oleh WHO merupakan keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial, serta bebas dari penyakit dan kelemahan (WHO, 2003). Dewasa ini paradigma sehat yang berkembang menghendaki adanya perubahan pola pikir dari upaya kuratif ke upaya preventif. Upaya dan tindakan pengobatan dianggap kurang efektif karena membutuhkan sumber daya yang lebih besar dan menurunkan produktivitas. Pengetahuan masyarakat tentang berbagai penyebab penyakit, cara menghindari, dan upaya penyembuhan menjadi sangat strategis sebagai salah satu langkah preventif yang dapat dilakukan. Dengan demikian, masyarakat secara mandiri dengan penuh kesadaran dapat melindungi diri, keluarga, dan lingkungannya dari berbagai serangan penyakit.

Salah satu penyakit yang hingga saat ini masih menjadi perhatian dunia karena dipandang sangat berbahaya bagi kelangsungan hidup bangsa-bangsa adalah AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*). Penyakit ini dipicu oleh melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat serangan virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Penyebaran virus HIV yang relatif cepat cukup mengkhawatirkan bangsa-bangsa di dunia. Apalagi tercatat lebih dari 6.800 orang terinfeksi virus HIV dan lebih dari 5.700 orang meninggal karena AIDS setiap harinya (Anonim, 2007). Wujud kekhawatiran itu ditunjukkan dengan langkah-langkah konkret yang diambil. Salah satunya oleh pemimpin negara Amerika Serikat, Barrack Obama, dalam memerangi penyebaran virus HIV. Beberapa upaya yang dilakukan di antaranya adalah meningkatkan pengetahuan, sarana dan prasarana kesehatan, serta peningkatan dukungan terhadap pendanaan global bagi

penanggulangan HIV/AIDS (Ahmed, Hanssens, dan Kelly, 2009).

Di Indonesia upaya memerangi penyebaran HIV/AIDS sudah dilakukan sejak tahun 1986 melalui pembentukan kelompok kerja AIDS. Tahun 1994 pemerintah mengeluarkan peraturan tentang pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) melalui Keputusan Presiden Nomor 36. Sebagai tindak lanjut dibentuknya KPAN, pada 2003 disusunlah strategi penanggulangan AIDS. Strategi tersebut merupakan wujud komitmen seluruh elemen masyarakat, pemerintah, swasta, ataupun dunia usaha dalam menanggulangi penyebaran HIV/AIDS melalui cara-cara preventif. Walaupun sebenarnya secara internasional prevalensi AIDS di Indonesia masih rendah (Anonim, 2007), upaya-upaya tersebut tetap dilakukan karena kekhawatiran terhadap penyebaran HIV/AIDS. Terutama sejak tahun 2002 penularan HIV/AIDS yang mulai meluas hingga ke rumah tangga dan tidak hanya terbatas pada pengguna narkotika, zat adiktif, obat-obatan terlarang, serta pekerja seks komersial (Depkes, 2007). Tentunya kondisi ini perlu disiasati sejak awal agar tidak menimbulkan persoalan kesehatan yang dapat menurunkan kualitas pembangunan keluarga.

Dalam tataran rumah tangga, ibu memiliki peran penting dalam menanggulangi penyebaran penyakit AIDS. Perannya dalam mengelola urusan domestik dituntut dapat memberikan rasa aman bagi seluruh anggota keluarga, termasuk rasa aman terhadap serangan virus HIV. Untuk itu, ibu diharapkan memiliki pengetahuan yang memadai tentang HIV/AIDS. Keadaan ini juga akan mendukung perubahan pandangan anggota keluarga yang dimungkinkan rentan terhadap tertularnya HIV/AIDS. Tentu saja efek yang diharapkan muncul adalah setiap anggota keluarga mampu melakukan upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Hal ini karena sebagian besar masyarakat Indonesia masih menganggap AIDS sebagai penyakit kotor, tabu atau tidak pantas dibicarakan dalam lingkungan masyarakat maupun keluarga.

Tulisan ini akan memaparkan tingkat pengetahuan perempuan di Indonesia tentang HIV/AIDS. Selama ini kajian mengenai pengetahuan HIV/AIDS lebih diletakkan pada tataran masyarakat umum sebagaimana dilakukan oleh Oktarina, Hanafi, dan Asri Budisuari (2009). Masih jarang ditemukan kajian pengetahuan HIV/AIDS dari sisi perempuan sebagai ibu rumah tangga serta faktor-faktor yang memengaruhinya. Tulisan ini akan mengupas hal tersebut.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan mendasarkan pada analisis data sekunder yang bersumber pada hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. Sampel yang diteliti adalah semua perempuan pernah kawin usia 15 – 49 tahun. Dengan demikian, variabel-variabel yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan HIV/AIDS bersumber dari daftar pertanyaan perempuan yang meliputi.

- pernah tidaknya mendengar HIV/AIDS
- kemungkinan seseorang tertular HIV/AIDS jika berhubungan seks hanya dengan seorang yang tidak mempunyai pasangan lain
- kemungkinan seseorang tertular HIV/AIDS ketika digigit nyamuk
- kemungkinan risiko tertular HIV/AIDS berkurang ketika menggunakan kondom pada saat berhubungan seks

- kemungkinan seseorang tertular HIV/AIDS ketika makan sepiring dengan orang yang sudah terkena virus HIV
- kemungkinan risiko tertular HIV/AIDS berkurang dengan tidak melakukan hubungan seks sama sekali
- kemungkinan seseorang tertular HIV/AIDS karena diguna-guna/disantet

Untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman mengenai tingkat pengetahuan perempuan di Indonesia tentang HIV/AIDS, maka digunakan analisis deskriptif yang didahului dengan pemberian nilai indeks komposit. Hasil komposit dikategorikan menjadi dua kelas, yaitu tingkat pengetahuan tinggi dan tingkat pengetahuan rendah. Tingkat pengetahuan tinggi memiliki nilai komposit di atas rata-rata yang mengindikasikan bahwa perempuan yang diteliti mengetahui cara penyebaran ataupun pencegahan penularan HIV/AIDS. Sebaliknya, pengetahuan rendah mengindikasikan perempuan yang diteliti tidak mengetahui cara penyebaran atau pencegahan penularan HIV/AIDS.

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berisiko memengaruhi tingkat pengetahuan ibu tentang HIV/AIDS, digunakan analisis regresi biner. Uji regresi logistik digunakan karena skala data yang digunakan adalah nominal. Sebelum uji dilakukan, dibuat variabel boneka (*dummy*) terlebih dulu untuk setiap karakteristik karena sebelumnya data sudah dikategorikan. Setiap kategori yang dijadikan referensi adalah seperti dalam Tabel 1 berikut.

Tabel 1
Referensi Kategori

| Variabel | Kategori |
|-------------------------------|----------------------|
| Pengetahuan tentang AIDS | Pengetahuan rendah |
| Umur perempuan | Kelompok umur 15-19 |
| Tingkat pendidikan perempuan | Tidak pernah sekolah |
| Tingkat pendidikan suami | Tidak pernah sekolah |
| Status pekerjaan | Tidak bekerja |
| Frekuensi membaca surat kabar | Setiap hari |
| Frekuensi mendengarkan radio | Setiap hari |
| Frekuensi menonton televisi | Setiap hari |

Sumber: SDKI, 2007 (diolah)

Pada Tabel 1 dijelaskan bahwa kategori yang disusun menjadi referensi bagi setiap variabel, seperti pengetahuan tentang AIDS dan umur. Referensi variabel disusun dengan cara mengubah nilai kategori menjadi nol (0). Sementara itu, pada kategori variabel yang lainnya diberikan nilai satu (1). Karena hanya mendasarkan pada analisis kuantitatif, maka hubungan antara variabel ataupun variabel-variabel yang berisiko memengaruhi pengetahuan perempuan tentang HIV/AIDS tidak dapat dijelaskan secara mendalam. Pola hubungan itu hanya dianalisis secara statistik deskriptif melalui tabulasi silang serta statistik inferensi melalui regresi biner.

Pembahasan

Pengetahuan tentang HIV/AIDS

Pengetahuan perempuan di Indonesia tentang HIV/AIDS dalam kajian tidak hanya mencakup mekanisme penyebaran HIV/AIDS, tetapi juga cara pencegahannya. Asumsi yang dibangun adalah semakin baik pemahaman mengenai penyebaran dan cara pencegahan HIV/AIDS, maka semakin baik pengetahuan yang dimiliki oleh perempuan di Indonesia. Seorang perempuan dianggap tahu HIV/AIDS apabila pernah mendengar tentang virus HIV ataupun penyakit AIDS. Dalam konteks lebih luas, pengetahuan HIV/AIDS dapat dikaitkan dengan sumber penyebab penyakit dan cara-cara pencegahannya (Kambodji, et. al, 1995). Sebagaimana dikemukakan banyak penelitian, penyebab utama penyakit AIDS adalah virus HIV yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Mediana dapat berupa penggunaan jarum suntik secara bergantian, hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, ataupun hubungan seksual dengan seseorang yang berisiko terinfeksi HIV/AIDS. Dengan mengetahui penyebabnya, maka strategi memerangi HIV/AIDS menjadi lebih mudah. Pengetahuan yang memadai juga memberikan nilai positif terhadap upaya penyembuhan pengidap AIDS dengan

mengurangi stigma ataupun diskriminasi terhadap mereka.

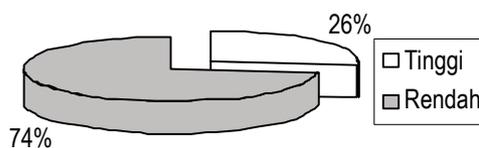
Di Indonesia pengetahuan penduduk tentang HIV/AIDS cukup baik. Hasil SDKI 2007 memperlihatkan sekitar 71 persen penduduk menyatakan pernah mendengar HIV/AIDS. Namun di kalangan perempuan baru sekitar 49 persen. Ini menandakan pengetahuan HIV/AIDS di kalangan perempuan Indonesia masih kurang, terutama pada kelompok usia muda 15-19 tahun (3,56 persen). Sementara pada kelompok umur lainnya rata-rata di atas 13 persen. Data ini memperlihatkan bahwa perempuan usia muda 15-19 tahun lebih sedikit memperoleh informasi tentang HIV/AIDS daripada yang berusia lebih tua. Ketimpangan ini seharusnya tidak perlu terjadi karena HIV/AIDS dapat menyerang siapa saja baik pada perempuan usia muda maupun yang lebih tua.

Menurut Sarwanto (2004), kelompok umur 15-19 tahun tergolong remaja. Hal ini didasarkan pada kategori BPS yang mendekati ketentuan PBB. Rentannya kelompok usia remaja tersebut tertular HIV/AIDS disebabkan oleh meningkatnya usia perkawinan remaja saat ini sehingga terdapat kesenjangan antara usia aktif seksual dengan usia menikah. Adanya keinginan seksual yang besar akibat godaan dari media cetak dan elektronik yang semakin besar cenderung melonggarkan aturan-aturan keluarga maupun masyarakat. Situasi ini mendorong remaja lebih mudah menyalurkan kebutuhan seksual mereka dengan melakukan hubungan seksual secara sembunyi-sembunyi. Tidak menutup kemungkinan bahwa pasangan dalam menyalurkan kebutuhan seks adalah dengan pekerja seks komersial, pacar, maupun komunitas tertentu yang rawan terjangkit HIV/AIDS. Namun perempuan di Indonesia tetap optimis ada cara-cara efektif yang dapat ditempuh untuk menghindari HIV/AIDS. Hasil SDKI 2007 memperlihatkan setidaknya terdapat 74,05 persen perempuan yang memiliki keyakinan bahwa HIV/AIDS dapat dicegah.

Ramasubban (2008) menyebutkan kemungkinan beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menghindari HIV/AIDS, antara lain, adalah pantang berhubungan seks dengan orang yang berisiko terjangkit HIV/AIDS termasuk PSK, tidak melakukan hubungan seks dengan sesama jenis, serta menghindari transfusi darah dan suntikan. Hasil SDKI 2007 menginformasikan secara umum perempuan pernah kawin di Indonesia mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai cara menghindari HIV/AIDS. Cara-cara yang relatif banyak diketahui adalah setia dengan pasangan dalam berhubungan seks dan tidak melakukan hubungan seks dengan PSK, serta menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seks. Namun ada pula perempuan yang mengatakan bahwa HIV/AIDS dapat menular ketika makan sepiring bersama dengan orang yang terkena HIV/AIDS. Secara keseluruhan tingkat pengetahuan perempuan di Indonesia mengenai cara pencegahan HIV/AIDS disajikan pada gambar berikut.

Grafik 1

Persentase Tingkat Pengetahuan Perempuan di Indonesiatentang Pencegahan HIV/AIDS



Sumber : SDKI, 2007 (diolah)

Pengetahuan tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS yang dimiliki perempuan di Indonesia tidak berkaitan dengan status pekerjaan maupun akses terhadap media informasi. Hal ini berkebalikan dengan pendekatan sosial lingkungan yang dikemukakan oleh Latkin and Knowlton (2005) dan Tawil, et.al (1995) dalam mengkaji upaya-upaya pencegahan HIV/AIDS. Struktur sosial dan lingkungan merupakan dua faktor utama yang berpengaruh terhadap perilaku pencegahan HIV/

AIDS. Perspektif tersebut diterjemahkan sebagai suatu entitas dan norma-norma sosial yang ada pada suatu kehidupan masyarakat. Sebagai bentuk keterkaitan di dalamnya, pendidikan ataupun status sosial akibat variasi tingkat penghasilan menjadi strategis untuk menjelaskan perilaku-perilaku pencegahan HIV/AIDS. Kondisi sosial masyarakat lebih maju yang dicirikan keamanan ekonomi cenderung memiliki pengetahuan pencegahan dan penularan HIV/AIDS lebih baik. Begitu juga pada masyarakat yang berpendidikan. Pendidikan mampu menurunkan risiko penularan HIV/AIDS melalui pemahaman pencegahan dan penularan HIV/AIDS secara benar. Pendidikan juga meningkatkan peluang akses terhadap informasi mengenai HIV/AIDS. Namun pola tersebut agaknya tidak sesuai dengan yang terjadi di Indonesia.

Dari hasil SDKI 2007 diketahui ada perbedaan pemahaman tentang HIV/AIDS antara perempuan yang berpendidikan maupun tidak berpendidikan. Perbandingan perempuan pendidikan SMP ke bawah yang memahami dengan yang tidak memahami cara pencegahan dan penularan HIV/AIDS adalah 16,41 persen banding 58,74 persen. Sementara itu, dari sisi keterbukaan akses terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan. Perempuan yang jarang mengakses media informasi baik dari media cetak maupun elektronik, justru memiliki pemahaman tentang HIV/AIDS lebih bagus dibandingkan dengan yang terbiasa mengakses media informasi. Hal ini menandakan bahwa media-media di Indonesia umumnya tidak memberikan informasi secara memadai kepada masyarakat, terutama kelompok perempuan. Informasi mengenai HIV/AIDS justru diperoleh melalui media-media sosial ataupun diskusi dengan teman kerja dan teman sebaya.

Pengetahuan perempuan Indonesia tentang pencegahan dan penularan HIV/AIDS ternyata tidak memiliki keterkaitan dengan pendidikan pasangan. Pendidikan suami sebagai pasangan

diharapkan mampu mendukung upaya pencegahan dan penularan HIV/AIDS di lingkungan rumah tangga. Suami dengan tingkat pengetahuan yang tinggi akan mampu mengerti perilaku yang rentan terhadap penularan HIV/AIDS, khususnya ketika di luar rumah. Hasil penelitian pada tahun 2008 terhadap perilaku seks bagi perantau menyebutkan bahwa pekerja perantau khususnya TKI di Malaysia di saat merasakan kejenuhan dan kesepian diam-diam menyelundupkan "perempuan nakal" ke dalam perkampungan tempat tinggal. Kegiatan seks kemudian dilakukan di lingkungan perkebunan tanpa menggunakan kondom karena jarak yang jauh dari akses untuk membeli kondom. Kasus ini banyak terjadi pada kelompok usia 20-35 tahun yang memungkinkan mereka menjadi pekerja hanya beberapa minggu setelah menikah. Keadaan ini berbahaya terhadap penyebaran HIV/AIDS ketika kembali ke keluarga atau rumah tangga.

Faktor yang Berisiko Memengaruhi Pengetahuan tentang HIV/AIDS

Pengetahuan tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Cohen (2006), pengetahuan berkaitan erat dengan penilaian atau persepsi terhadap objek tertentu. Dalam konteks pengetahuan tentang HIV/AIDS, hasil penelitian Merson, Dayton, O'Reilly (2000) menunjukkan adanya pengaruh latar belakang kondisi sosial ekonomi terhadap pengetahuan HIV/AIDS. Pendidikan memainkan peranan penting terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS. Melalui pendidikan seseorang lebih mudah mengakses media dan informasi serta lebih terbuka terhadap perkembangan dan perubahan yang ada di lingkungan sekitarnya.

Hasil analisis regresi biner menunjukkan adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan perempuan semakin baik penge-

tuannya terhadap penularan dan pencegahan

HIV/AIDS. Perempuan yang menyelesaikan pendidikan SMA ke atas berpeluang mengetahui cara-cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS 2 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak pernah sekolah. Hal ini diperkuat oleh nilai koefisien regresi 1,88. Kecenderungan itu dapat ditemui baik di wilayah perdesaan maupun perkotaan di Indonesia.

Pendidikan suami juga berkontribusi terhadap tingkat pengetahuan perempuan di Indonesia. Pengetahuan perempuan tentang HIV/AIDS cenderung membaik seiring dengan meningkatnya pendidikan suami. Pendidikan suami yang tinggi diharapkan mampu mendukung upaya pencegahan dan penularan HIV/AIDS khususnya dalam rumah tangga melalui pemberian informasi, melindungi dan mengayomi anggota keluarganya. Pada tabel berikut terlihat suami yang menamatkan pendidikan hingga tingkat atas berisiko meningkatkan pengetahuan istri tentang HIV/AIDS sebanyak satu kali. Sayangnya, pola tersebut hanya terdapat di wilayah perdesaan, sedangkan di wilayah perkotaan tidaklah demikian. Pendidikan suami terbukti tidak memiliki pengaruh terhadap tingkat pengetahuan istri tentang HIV/AIDS.

Variabel karakter sosial ekonomi lainnya, seperti status pekerjaan, frekuensi membaca surat kabar, menonton televisi, ataupun frekuensi mendengarkan radio, tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS. Nilai koefisien regresi setiap kategori variabel tersebut kurang dari satu. Dengan demikian, kebiasaan mengakses media elektronik maupun media cetak, baik yang dilakukan setiap hari atau satu minggu sekali, tidak berpeluang meningkatkan pengetahuan perempuan di Indonesia, terutama mengenai penularan dan pencegahan HIV/AIDS.

Tabel 2
Pengaruh Pendidikan terhadap Pengetahuan tentang HIV/AIDS

| Karakteristik | Pengetahuan Terhadap HIV/AIDS Perempuan di Kota | | | | Pengetahuan Terhadap HIV/AIDS Perempuan di Desa | | | |
|----------------------|---|------|----------|------|---|------|----------|------|
| | Koefisien | S.E | α | Exp. | Koefisien | S.E | α | Exp. |
| Pendidikan Perempuan | Reference Variable | | | | | | | |
| Tidak Pernah sekolah | | | | | | | | |
| SMP Kebawah | 0,57* | 0,19 | 0,00 | 1,77 | 0,78* | 0,22 | 0,00 | 2,19 |
| SMA | 1,31* | 0,20 | 0,00 | 3,70 | 1,67* | 0,22 | 0,00 | 5,30 |
| Lebih dari SMA | 1,88* | 0,21 | 0,00 | 6,53 | 2,23* | 0,25 | 0,00 | 9,29 |
| Pendidikan Suami | Reference Variable | | | | | | | |
| Tidak Pernah Sekolah | | | | | | | | |
| SMP Kebawah | 0,20* | 0,20 | 0,00 | 1,79 | 0,76* | 0,17 | 0,00 | 2,14 |
| SMA | 0,20* | 0,20 | 0,00 | 2,90 | 1,22* | 0,17 | 0,00 | 3,38 |
| Lebih Dari SMA | 0,21* | 0,21 | 0,00 | 2,97 | 1,27* | 0,19 | 0,00 | 3,57 |

Sumber: SDKI, 2007 (diolah)

Keterangan: hanya menampilkan variabel yang signifikan

Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan mengenai pengetahuan perempuan di Indonesia tentang HIV/AIDS dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut.

Pertama, pengetahuan perempuan pernah kawin mengenai penularan dan pencegahan HIV/AIDS perlu ditingkatkan, terutama pada kelompok umur muda (15-19 tahun).

Kedua, secara umum, perempuan pernah kawin di Indonesia mengetahui cara-cara pencegahan penularan HIV/AIDS, yaitu setia dengan pasangan dalam berhubungan seks dan tidak melakukan hubungan seks dengan PSK serta menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seks.

Ketiga, faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan perempuan pernah kawin di Indonesia tentang HIV/AIDS adalah pendidikan. Perempuan yang menamatkan pendidikan hingga tingkat atas atau lebih berpeluang memiliki pengetahuan dua kali lebih baik mengenai HIV/AIDS daripada yang tidak berpendidikan.

Daftar Pustaka

- Aggarwal, Rimjhim M. & Rous, Jeffrey J. 2005. *Journal Of Development Studies. Awareness and Quality of Knowledge Regarding HIV/AIDS Among Women in India*. Diunduh dari <http://dx.doi.org/10.1080/00220380600576144>. Diakses pada 26 Februari 2009.
- Anonim. 2007. *AIDS Epidemic Update*. Switzerland : UNAIDS.
- Ahmed, Aziza; Hanssens, Cathereine; Kelly, Brook. 2009. "Protecting HIV-Positive Women's Rights : Recommendations for the United States National HIV/AIDS Strategy". *Reproductive Health Matters*. Vol.17 Number 34.Pp.127-134
- BKKBN. 2008. *Indonesia. Survei Demografi dan Kesehatan 2007. Ringkasan Hasil*. Jakarta: BKKBN
- Kambodji, Linna, Kestari, and Sembiring. 1995. *Adult Sexual Behavior and Other Risk Behaviors in East Java*. Surabaya : Yayasan Prospective.

- Latkin CA, Knowlton. 2005. "Micro Social Structural Approches to HIV Prevention : A Social Ecological Perspective". *AIDS Care*. 17. Pp 102-113.
- Merson, Dayton, O'Reilly. 2000. "Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Developing Countries". *AIDS*. 14 (2). Pp. 68-84.
- Oktarina; Hanafi, Fachrudi; Asri Budisuari, Made. 2009. "Hubungan Antara Karakteristik Responden, Keadaan Wilayah dengan Pengetahuan, Sikap terhadap HIV/AIDS pada Masyarakat Indonesia". *Buletin Penelitian Kesehatan*. Vol 12. No.4. Hlm. 362-369.
- Ramasubhan R. 2008. "Political Intersections between HIV/AIDS, Sexuality and Human Right". *Global Public Health*. 3 (2). Pp. 22-38.
- Sarwanto, Suharti Ajik. 2004. *Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pekerja Remaja terhadap Penyakit Menular Seksual (PMS) serta Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Hubungan Seksual Pranikah (Studi Kasus di PT. Flower Indonesia Pasuruan Jawa Timur)*. Diunduh dari http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/145_14SeksPranikah.pdf / 145_14SeksPranikah.html. Diakses pada 12 Maret 2009.
- Tawil, O. Verster. 1995. "Enabling Approches for HIV/AIDS Prevention : Can we Modify the Environment and Minimize Risk?". *AIDS*. 9. PP. 1299-1306.
- UNDP. t.t. *Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya; Target 7: Mengendalikan Penyebaran HIV/AIDS dan Mulai Menurunnya Jumlah Kasus Baru Pada 2015*. Diunduh dari http://www.undp.or.id/pubs/imdg2004/BI/IndonesiaMDG_BI_Goal6.pd. Diakses pada 12 Februari 2009.

KONDISI LINGKUNGAN, PERILAKU HIDUP SEHAT, DAN STATUS KESEHATAN BALITA DI INDONESIA

Sumini¹, Jevri Ardiansyah²

Abstract

This research aims to study the environmental condition, healthy life behaviour of mothers and health status of children in Indonesia. This research uses secondary data analysis from Indonesia Demographic and Health Survey 2007. Three main indicators in here are the house condition which sourced from household questionnaire, healthy life behaviour of mothers and health status of children which sourced from ever married women's questionnaire. Data was processed and analyzed with descriptive statistic, inference and binary regression. One of the result is that some houses were in good condition although some still did not have latrine facility. Mothers also had performed a healthy life behaviour, such as washing hands before preparing food and did not smoke.

Keywords: *environmental condition, healthy life behaviour of mothers, health status of children*

Intisari

Tujuan penelitian ini adalah mengkaji kondisi lingkungan tempat tinggal, perilaku hidup sehat ibu, dan status kesehatan balita di Indonesia. Penelitian ini menggunakan analisis data sekunder dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007. Tiga indikator utama yang digunakan adalah kondisi tempat tinggal yang diambil dari daftar pertanyaan rumah tangga, perilaku hidup sehat ibu dan status kesehatan balita yang diambil dari daftar pertanyaan perempuan pernah kawin. Data diolah dan dianalisis dengan statistik deskriptif, inferensi, dan regresi binari. Salah satu hasil penelitian ini adalah kondisi tempat tinggal cukup baik walaupun ada yang belum memiliki jamban. Ibu pun terbiasa berperilaku sehat, seperti terbiasa mencuci tangan sebelum mengelola makanan dan tidak merokok.

Kata kunci: tempat tinggal, perilaku sehat ibu, kesehatan balita

¹ Asisten Jurusan Pengembangan Wilayah Fakultas Geografi UGM

² Asisten Peneliti di Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan UGM

Permasalahan

Kesehatan merupakan hak dasar setiap manusia, tidak terkecuali bagi bayi yang baru lahir, balita, dan anak-anak. Kesehatan pulalah yang menentukan kualitas sumber daya manusia di masa mendatang. Di negara-negara maju pembangunan manusia mengalami kemajuan pesat seperti ditunjukkan oleh nilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Korea Selatan, Jepang, dan Singapura yang meningkat di atas 0,002 selama periode 2006-2007 (UNDP, 2009). Kemajuan itu tidak terlepas dari pembangunan di bidang kesehatan yang dilakukan pemerintah setempat. Di Indonesia, pemerintah berusaha melakukan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui visi Indonesia Sehat 2010. Pemerintah berupaya agar masyarakat dapat hidup dalam lingkungan sehat, menerapkan pola hidup sehat, serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, dan merata untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Depkes, 1999).

Beberapa program telah diluncurkan pemerintah, seperti Jamkesmas, revitalisasi posyandu, Gerakan Sayang Ibu (GSI), Perencanaan Persiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), kemitraan bidan dan dukun bayi terlatih, Desa Siaga, serta program-program lainnya. Namun secara statistik status kesehatan masyarakat belum menunjukkan perbaikan yang signifikan. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia terakhir (tahun 2007) memperlihatkan angka kematian ibu (AKI) masih mencapai 248/100.000 kelahiran, angka kematian bayi (AKB) 34 per 1.000 kelahiran, dan angka kematian bayi dan anak (AKBA) mencapai 44 per 1.000 kelahiran. Berhasil atau tidaknya program-program tersebut dalam meningkatkan kualitas kesehatan adalah persoalan lain karena banyaknya faktor yang memengaruhinya. Namun, upaya peningkatan status kesehatan

tetap menjadi tantangan yang tidak terbantahkan dan keluarga memiliki peran sentral dalam mewujudkannya. Hal ini karena upaya pemerintah dalam memperbaiki derajat kesehatan masyarakat tidak akan memberikan arti apa-apa tanpa ada dukungan dan partisipasi masyarakat, termasuk keluarga.

Keluarga merupakan unit kelompok terkecil dalam masyarakat. Status kesehatan keluarga berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat. Banyaknya keluarga yang mengalami gangguan kesehatan mengindikasikan buruknya kualitas kesehatan di lingkungan masyarakat. Sebuah keluarga dikatakan sehat apabila setiap anggota dalam keluarga tersebut sehat, baik fisik, mental maupun sosialnya (Subandriyo, 1993).

Persoalan kesehatan di lingkungan masyarakat Indonesia masih didominasi oleh penyakit degeneratif. Infeksi merupakan jenis penyakit yang paling sering diderita oleh sebagian besar masyarakat, baik di daerah perdesaan maupun perkotaan, terutama apabila lingkungannya tidak terjaga dengan baik. Penyakit ini termasuk jenis penyakit yang mudah diberantas sehingga seharusnya sudah tidak menjadi sumber utama penyebab kematian bayi dan balita. Namun kenyataannya tidaklah demikian, berbagai penyakit infeksi, seperti diare, malaria, dan ISPA, ditengarai masih menjadi penyebab utama kematian bayi dan balita, terutama pada masyarakat miskin (Djaja, dkk., 2009).

Upaya peningkatan kualitas perlu lebih ditingkatkan dengan memberi prioritas pada faktor-faktor risiko yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap penurunan penyakit infeksi. Lingkungan fisik maupun sosial menjadi salah satu faktor risiko tinggi terhadap munculnya penyakit tersebut. Pande, et.al (2008) menjelaskan lingkungan fisik sebagai kondisi yang berkaitan dengan munculnya berbagai penyakit akibat penggunaan sumber air dan sanitasi yang buruk. Lingkungan sosial semakin memper-

buruk kondisi tersebut melalui minimnya pengetahuan kesehatan, pendidikan yang rendah, penghasilan tidak mencukupi untuk membeli makanan bergizi, biaya pengobatan ketika sakit, serta mengakses layanan air bersih.

Pada konteks unit yang lebih kecil, yaitu keluarga, tidak semua menerapkan perilaku hidup secara sehat. Beberapa contoh adalah kebiasaan mandi, cuci, dan kakus di sungai, tidak memberikan imunisasi secara tepat kepada bayi dan anak serta tidak mencuci tangan sebelum makan. Terlebih pada keluarga yang tinggal di lingkungan kurang mendukung bagi terciptanya hidup sehat. Padahal kondisi lingkungan yang kurang baik dapat memberikan pengaruh negatif terhadap kesehatan anak.

Penyakit yang cenderung dialami oleh balita dan anak adalah penyakit infeksi seperti diare, flu, dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) (Depkes, 2008). Belum banyak ditemukan studi tentang kondisi lingkungan, perilaku hidup sehat ibu, dan status kesehatan anak. Studi ini masih dianggap relevan untuk dilakukan karena dapat memberikan informasi yang berguna tentang perilaku hidup sehat ibu yang sering dilupakan, terutama di negara-negara sedang berkembang, termasuk Indonesia. Fungsi para ibu lebih daripada sekadar memberikan keturunan, tetapi juga sebagai ibu rumah tangga yang bertanggung jawab terhadap urusan domestik termasuk pemeliharaan, peningkatan perawatan bayi dan anak, baik secara preventif maupun kuratif.

Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui kondisi lingkungan, perilaku hidup sehat ibu, dan status kesehatan anak di Indonesia. Apabila selama ini status kesehatan anak cenderung dibahas dalam kaitannya dengan kondisi sosial ekonomi serta akses terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana dilakukan oleh Djaja, dkk. (2009); Djaja (2007); dan Titaley, et.al. (2008), maka tulisan ini akan memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai status kesehatan balita dengan memperhatikan faktor-faktor lingkungan dan juga perilaku hidup sehat ibu.

Metode

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder yang bersumber pada hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007. Analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif-komparatif dan analisis statistik. Analisis deskriptif-komparatif menggunakan tabulasi silang (*cross tabulation*) dengan membandingkan antara wilayah perdesaan dan perkotaan. Tabulasi silang ini akan menggambarkan distribusi kondisi lingkungan tempat tinggal. Analisis statistik menggunakan *regresi logistic binary* untuk mengetahui variabel lingkungan dan perilaku hidup sehat ibu yang berisiko memengaruhi status kesehatan balita.

Data kondisi lingkungan diperoleh dari daftar pertanyaan rumah tangga yang diukur melalui tiga hal, antara lain kondisi fisik rumah dinilai dengan menggunakan pertanyaan mengenai jenis lantai, dinding, atap, dapur, kepemilikan jamban, kepemilikan saluran pembuangan air limbah.

Data perilaku hidup sehat diperoleh dari daftar pertanyaan perempuan pernah kawin yang diukur melalui kebiasaan ibu dalam menjaga kesehatan anak. Pertanyaan yang digunakan untuk mendapatkan informasi tersebut adalah.

1. kebiasaan ibu dalam menyiapkan air minum dan makan
2. kebiasaan membuang kotoran anak
3. kebiasaan tidak merokok
4. kebiasaan ibu ketika anak sedang sakit

Data status kesehatan balita diperoleh dari pertanyaan perempuan pernah kawin yang diukur melalui pertanyaan pernah tidaknya balita menderita sakit panas atau batuk atau diare dalam dua minggu terakhir. Asumsi yang digunakan adalah status kesehatan balita, baik apabila tidak pernah menderita panas atau batuk atau diare dalam dua minggu terakhir.

Pembahasan

Studi mengenai anak salah satunya diperkenalkan oleh Mosley dan Chen (1988). Suatu kerangka analisis komprehensif mengenai kelangsungan hidup anak dan faktor-faktor yang memengaruhinya dijelaskan dengan memadukan variabel-variabel sosial ekonomi, dan biologi. Kerangka analisis tersebut didasarkan pada suatu anggapan bahwa semua faktor sosial ekonomi seperti faktor ibu, pencemaran lingkungan, faktor luka, dan kekurangan gizi, dapat memengaruhi morbiditas dan mortalitas anak. Besarnya kontribusi setiap faktor dapat berbeda antara daerah satu dengan daerah lainnya.

Faktor ibu dalam kaitannya dengan morbiditas anak menyangkut banyak hal. Pendidikan ibu misalnya, sangat berpengaruh dalam penyerapan teknologi untuk peningkatan kesehatan anak serta peningkatan total sumber daya keluarga yang akan menjadi modal bagi input kesehatan. Dalam hal ini ibu berperan dalam penyelenggaraan dan pengaturan keuangan keluarga. Ibu terdidik terutama yang diterima di pasar kerja akan mendapatkan penghasilan. Sumbangan penghasilannya sangat membantu bagi upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan keluarga, terutama kesehatan anak. Pendidikan juga menjadi jembatan yang cukup penting untuk membuka pengetahuan terkait perkembangan teknologi pengobatan berbagai penyakit, sumber-sumber penyebaran penyakit, nilai dan kandungan gizi makanan, serta tindakan-tindakan preventif yang mungkin dilakukan untuk menjaga kesehatan keluarga dan anak.

Di Indonesia tingkat pendidikan ibu masih rendah, yaitu rata-rata hanya menamatkan pendidikan di tingkat dasar (30,6 persen). Ibu yang menamatkan pendidikan hingga sekolah lanjutan pertama sebanyak 20,6 persen, terpaut sedikit dengan ibu yang menamatkan pendidikan di tingkat atas yang jumlahnya mencapai 18,1 persen. Secara absolut jumlah ibu tamat pendidikan dasar dominan, namun cukup

bervariasi menurut daerah tempat tinggal. Ibu yang tinggal di daerah perkotaan tingkat pendidikannya lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah perdesaan. Hasil analisis data SDKI 2007 menunjukkan 32,3 persen ibu di daerah perkotaan tamatan SMA. Sementara di daerah perdesaan mayoritas ibu hanya menamatkan pendidikan di sekolah dasar (35,7 persen), bahkan ada juga yang tidak tamat sekolah dasar (21,1 persen). Jumlah tersebut mengungguli ibu di perdesaan yang menamatkan pendidikannya hingga sekolah lanjutan atas (3,4 persen).

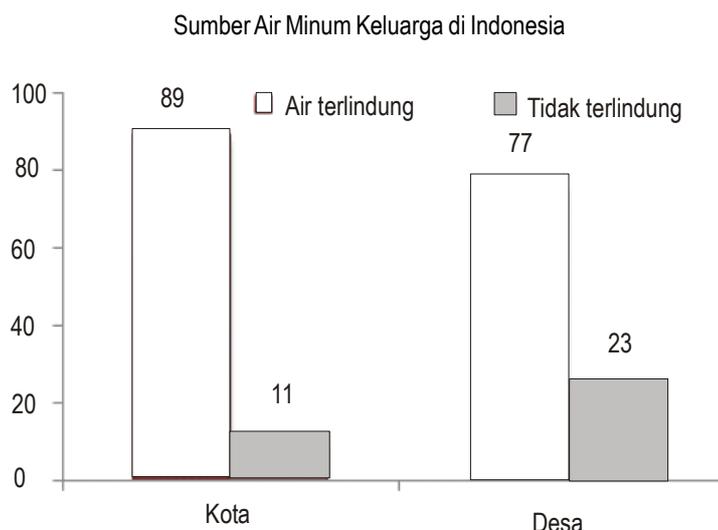
Selain pendidikan, keterkaitan ibu dengan kesehatan anak juga terlihat dari perilaku dalam kehidupan sehari-hari (Kypri dan Langley, 2001). Dalam banyak literatur dan juga hasil-hasil penelitian dijelaskan ibu memiliki peran ganda, yaitu peran domestik dan nondomestik. Peran domestik merupakan peran yang harus dijalankan oleh seorang ibu untuk memenuhi nilai sosial dan mendapatkan pengakuan sosial di lingkungannya. Peran ini melekat dalam setiap ibu dan harus dilaksanakan dengan sebaik-baiknya yang di antaranya meliputi menjaga dan memelihara rumah tinggal, menyiapkan makanan bagi keluarga, merawat anak, mendidik anak, dan lain sebagainya. Untuk kebutuhan minum, para ibu di Indonesia umumnya memenuhinya dari dua sumber, yaitu terlindung dan tidak terlindung. Tentu saja sumber air terlindung jauh lebih baik dibandingkan dengan sumber air tidak terlindung. Tidak ada kontaminasi dengan faktor-faktor eksogen yang dapat mencemari sumber air minum dengan adanya tutup atau pelindung. Beberapa sumber air minum yang terlindung adalah PAM atau air ledeng, sumur terlindung, dan air kemasan, sedangkan air tidak terlindung adalah air sungai, air hujan, dan air danau.

Hasil SDKI 2007 menginformasikan tidak ada perbedaan sumber air minum yang digunakan oleh para ibu di desa dan di kota untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Delapan dari sepuluh ibu yang tinggal di kota menggunakan air PAM/ledeng/sumur terlindung/air mineral

sebagai sumber air. Sementara di desa, tujuh dari sepuluh ibu menggunakan sumber air yang sama untuk memenuhi kebutuhan minum keluarganya. Kesadaran terhadap hidup sehat diindikasikan cukup baik dengan memperhatikan data tersebut. Sumber air minum tak terlindung tidak dapat dikonsumsi secara langsung, karena kemungkinan terjadi kontaminasi cukup

proses pengolahan seperti penyaringan, pemanasan melalui sinar matahari, pengendapan, dan penambahan penjernih, sering dilakukan untuk mendapatkan kualitas air minum yang lebih baik sebelum direbus atau dimasak. Proses tersebut dilakukan oleh hampir 93 persen ibu di Indonesia 95,1 persen di daerah perdesaan dan 89,5 persen di daerah perkotaan.

Grafik1



Sumber: SDKI, 2007, diolah

besar. Kontaminasi dapat berasal dari kotoran manusia, kotoran binatang, dan zat pencemar lainnya. Potensi keluarga mengalami gangguan kesehatan cukup besar apabila mengonsumsi air minum dari sumber tidak terlindung itu. Para ibu memiliki kebiasaan mengolah air terlebih dulu sebelum dikonsumsi, kecuali air mineral atau air kemasan yang siap dikonsumsi. Air minum yang bersumber dari air terlindung diyakini memiliki kualitas lebih baik dibandingkan dengan air yang tidak terlindung sehingga hanya membutuhkan pengolahan sederhana sebelum dikonsumsi, seperti direbus atau dimasak. Sumber air tidak terlindung membutuhkan

Perilaku hidup sehat ibu tidak hanya tercermin dari kebiasaan dalam menyiapkan air minum saja, tetapi juga kebiasaan dalam menyiapkan makanan. Secara umum ibu sudah mengetahui tentang pentingnya mencuci tangan sebelum menyiapkan makan bagi keluarga. Hal ini terbukti dari hasil analisis data SDKI 2007 yang menunjukkan lebih dari 96 persen ibu baik yang tinggal di desa maupun di kota telah menjalankan pola hidup sehat tersebut. Ibu terbiasa mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan karena memahami bahwa tangan merupakan media yang dapat menyebarkan

kuman penyakit sehingga perlu untuk dibersihkan sebelum menyentuh makanan. Namun ada pula ibu yang belum terbiasa untuk melakukannya. Sekitar tiga persen ibu di daerah perdesaan Indonesia tercatat tidak pernah

2007 memperlihatkan ibu yang memiliki kebiasaan merokok tidak lebih dari 2,9 persen. Ibu yang tinggal di daerah perkotaan cenderung terbiasa merokok dibandingkan dengan di perdesaan, yaitu 3,3 persen dibanding 2,7 persen.

Tabel 1
Perilaku Hidup Sehat Ibu menurut Tempat Tinggal

| Perilaku Hidup Sehat Ibu | | Tempat Tinggal | | | |
|--------------------------------------|---|----------------|------|--------|------|
| | | Kota | | Desa | |
| | | N | % | N | % |
| Kebiasaan sebelum menyiapkan minuman | Air minum direbus/dimasak terlebih dahulu | 12.301 | 89,5 | 18.217 | 95,1 |
| | Tidak melakukan apa-apa | 1.200 | 8,7 | 895 | 4,7 |
| | Lainnya | 244 | 1,8 | 35 | 0,2 |
| Kebiasaan sebelum menyiapkan makanan | Mencuci tangan | 13.309 | 96,8 | 18.427 | 96,2 |
| | Tidak mencuci tangan | 238 | 1,7 | 553 | 2,9 |
| | Tidak pernah menyiapkan makanan | 198 | 1,4 | 169 | 0,9 |
| Kebiasaan merokok | Ya | 454 | 3,3 | 517 | 2,7 |
| | Tidak merokok | 13.291 | 96,7 | 18.633 | 97,3 |

Sumber: SDKI, 2007, diolah

mencuci tangan ketika akan menyiapkan makanan. Jumlah tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah perkotaan yang hanya sebesar 1,7 persen. Perilaku sehat ibu di Indonesia merupakan perilaku yang berkaitan dengan upaya ibu untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan keluarga, lingkungan, dan kesehatannya sendiri. Salah satu upaya tersebut adalah dengan menghindari kebiasaan merokok. Difranza dan Lew (1995) menemukan bahwa kebiasaan me-rokok pada ibu dapat menyebabkan sindrom kematian mendadak pada bayi. Selain itu, juga dapat menyebabkan terjadinya kelainan pernapasan anak, tekanan darah anak tidak normal, dan kanker, penyakit jantung, paru-paru, dan kelahiran prematur. Untuk itu, kebiasaan merokok sebaiknya dihindari.

Di Indonesia persentase ibu yang memiliki kebiasaan merokok tidak terlalu tinggi dibandingkan dengan ibu yang tinggal di negara-negara maju yang memiliki gaya hidup mewah dan modern (Watson, et.al., 2003). Hasil SDKI

Kebiasaan ibu dalam menerapkan pola hidup sehat dapat berdampak signifikan terhadap status kesehatan anak. Termasuk kebiasaan dalam membuang kotoran anak balita. Sebanyak 67 persen ibu-ibu di kota terbiasa membuang kotoran anak balitanya di kakus. Sebaliknya, 53 persen ibu-ibu di desa terbiasa membuang kotoran anak balitanya di luar rumah ataupun di pekarangan. Ketidakterediaan fasilitas sanitasi di wilayah desa diindikasikan sebagai penyebab para ibu memilih membuang kotoran anak bukan di jamban. Hasil SDKI 2007 menunjukkan perbandingan kepemilikan jamban antara di desa dan di kota sebesar 66 persen berbanding 33 persen. Selain karena ketidakterediaan fasilitas sanitasi, perilaku membuang kotoran anak bukan di jamban juga dikaitkan dengan kebiasaan masyarakat pada umumnya. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Sudarti, dkk. (1986) menginformasikan ada unsur kebiasaan masyarakat untuk membuang kotoran bukan di jamban walaupun mereka memiliki fasilitas

sanitasi memadai. Seperti yang terjadi di Kabupaten Indramayu Jawa Barat, masyarakat membuang kotoran bukan di jamban karena alasan konstipasi dan anggapan jamban merupakan tempat setan. Budaya dan kepercayaan semacam ini sangat tidak menunjang kebersihan lingkungan dan dapat membahayakan kesehatan masyarakat yang tinggal di sekitarnya. Terlebih apabila kondisi tempat tinggal tidak memenuhi syarat kesehatan.

Kondisi tempat tinggal secara umum sudah cukup baik. Rumah tinggal dibangun dengan memperhatikan prinsip-prinsip kesehatan seperti bahan dasar untuk pembuatan dinding, lantai, dan atap, keberadaan fasilitas sanitasi, serta jarak sumur terhadap tempat penampungan kotoran. Di daerah perkotaan Indonesia 95,4 persen ibu dalam rumah yang lantainya terbuat dari keramik/ubin. Program-program kesehatan lingkungan melalui penge-

lasan lantai perlu diarahkan ke daerah perdesaan mengingat ada sekitar 17,1 persen rumah yang masih berlantai tanah. Jenis lantai ini dapat menjadi sumber penyakit, tempat berkembangnya serangga, dan sumber debu. Selain itu juga perlu diperhatikan keberadaan sarana sanitasi atau jamban karena masih dijumpai 55,5 persen ibu yang tinggal di desa dan 23,5 persen ibu yang tinggal di kota tidak memiliki jamban.

Sementara itu, tempat tinggal yang telah dilengkapi dengan fasilitas jamban ternyata tidak semuanya berada pada jarak ideal dari sumber air minum keluarga. Sebanyak 32,6 persen rumah di daerah perkotaan jambannya berada kurang dari 7 meter dari sumber air keluarga. Jumlah tersebut mengungguli daerah perdesaan yang hanya 24,5 persen. Letak jamban yang berada kurang dari 7 meter dari sumber air keluarga tersebut berkaitan dengan minimnya lahan tempat tinggal yang luasnya rata-rata tidak lebih dari 80 meter².

Tabel 2
Kondisi Lingkungan Tempat Tinggal

| Kondisi Lingkungan Tempat Tinggal | | Kota | | Desa | |
|---|---------------|--------|------|--------|------|
| | | N | % | N | % |
| Jenis lantai | Tanah | 588 | 4,6 | 3.238 | 17,1 |
| | Bukan tanah | 13.117 | 95,4 | 15.870 | 82,9 |
| Kepemilikan jamban | Ya | 10.496 | 76,5 | 8.525 | 44,5 |
| | Tidak | 3.233 | 23,5 | 10.618 | 55,5 |
| Jarak sumur dengan tempat penampungan kotoran | < 7 meter | 1.805 | 32,6 | 2.169 | 24,5 |
| | > 7 meter | 3.732 | 67,4 | 6.686 | 75,5 |
| Jenis dinding | Tembok | 12.928 | 94,1 | 16.554 | 91,2 |
| | Bukan Tembok | 817 | 5,9 | 1.597 | 8,8 |
| Jenis atap | Beton/genteng | 13.414 | 97,6 | 17.476 | 91,3 |
| | Bukan genteng | 330 | 2,4 | 1.675 | 8,7 |
| Kepemilikan cerobong penghisab asap dari tempat memasak | Ya | 512 | 4,8 | 960 | 5,3 |
| | Tidak | 10.225 | 95,2 | 17.274 | 94,7 |

Sumber: SDKI, 2007, diolah

Perilaku hidup sehat ibu dan kondisi tempat tinggal sebagaimana dijelaskan di atas dapat memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kualitas kesehatan keluarga, khususnya anak balita. Dalam hal ini anak balita dikatakan sehat apabila keadaan badan atau kondisi tubuh yang normal, wajar, nyaman secara jasmani dan rohani, serta dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan leluasa. Sementara itu, sakit dianggap sebagai keadaan jasmani dan rohani yang kurang menyenangkan sehingga menyebabkan seorang anak tidak dapat menjalankan aktivitas seperti halnya orang sehat. Badan panas, batuk-batuk, tidak nafsu makan, dan malas bekerja dianggap sebagai suatu keadaan sakit. Perut yang terasa mulas dan buang air besar secara terus-menerus juga dianggap sebagai penyakit yang ada hubungannya dengan kebiasaan atau perilaku

banyak polusi dan pencemaran dibandingkan dengan daerah perkotaan. Secara medis penyakit panas dapat disebabkan oleh anak jatuh, terlalu lelah, makan tidak teratur, atau mandi pada saat matahari terik. Pengobatannya menggunakan obat penurun panas yang dapat diperoleh dengan mudah di apotek atau warung-warung. Obat yang sering digunakan untuk meredakan sakit demam adalah *Acetaminophen/Paracetamol*, *Aspirin*, *Fansidar*, *Ibuprofen*, dan jenis lainnya. Penyakit batuk dapat disebabkan oleh pencemaran udara dalam dan luar rumah, kurang gizi, imunisasi yang tidak memadai, dan faktor penyebab lainnya.

Secara umum penanganan ibu terhadap anak yang sedang sakit demam atau batuk di daerah perkotaan dan perdesaan adalah sama. Para ibu akan memberikan *Acetaminophen* atau

Tabel 3
Balita yang Pernah Sakit Panas, Batuk, Diare selama Dua Minggu Terakhir

| | Pernah sakit panas | | Pernah sakit Batuk | | Pernah sakit Diare | |
|-----------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Perkotaan | 593 | 32,1 | 671 | 33,2 | 255 | 32,0 |
| Perdesaan | 1257 | 67,9 | 1351 | 66,8 | 543 | 68,0 |
| Total | 1850 | 100,0 | 2022 | 100,0 | 798 | 100,0 |

Sumber: SDKI 2007, diolah

hidup seseorang.

Dari hasil SDKI 2007 teridentifikasi beberapa jenis penyakit yang sering menyerang kelompok anak balita. Penyakit tersebut adalah panas, batuk dan diare. Di daerah perdesaan jumlah balita yang pernah menderita sakit demam, batuk, atau diare lebih rendah dibandingkan dengan di daerah perkotaan. Data menunjukkan anak yang pernah sakit panas di daerah perkotaan adalah 32,1 persen, sedangkan di daerah perdesaan lebih tinggi yaitu mencapai 67,9 persen. Begitu juga dengan sakit batuk atau diare di daerah perkotaan mencapai 33,2 dan 32 persen, sedangkan di daerah perdesaan adalah 66,8 dan 68 persen. Kondisi tersebut dapat berkaitan dengan kondisi lingkungan di daerah perdesaan yang masih terpelihara, tidak

Paracetamol ketika anaknya sedang menderita demam atau batuk. Sebanyak 26,7 persen ibu-ibu di perkotaan akan memberikan *Acetaminophen* dan jenis obat lainnya untuk mengobati anaknya yang sedang menderita sakit demam atau batuk, 3,6 persen menggunakan Aspirin, dan 0,5 persen menggunakan Fansidar. Namun ada sekitar 11,3 persen ibu yang mengaku tidak tahu harus berbuat apa ketika anaknya sakit demam atau batuk. Mereka inilah yang akan menjadi target utama apabila ada program peningkatan kesadaran ibu dalam rangka peningkatan kualitas kesehatan anak.

Penyakit lainnya yang juga sering menyerang anak-anak adalah diare atau mencret. Masyarakat umum menganggap ada 3 penyebab utama penyakit diare pada anak, yaitu

makan makanan yang terlalu asam, makan makanan yang tidak higienis dan ASI yang terlalu encer. Untuk menanggulangnya anak yang sakit diare tersebut, sebagian besar ibu di daerah perkotaan (42,5 persen) dan di daerah perdesaan (46,2 persen) memberikan ASI dalam jumlah yang sama.

Status kesehatan balita dinilai berdasarkan gabungan skor pernah tidaknya menderita sakit batuk, demam, dan diare selama dua minggu terakhir. Persentase terbesar menunjukkan bahwa status kesehatan balita cukup baik atau dikatakan sehat sebanyak 51,3 persen, dan sisanya 48,7 persen dinyatakan kurang baik. Perbedaan yang tidak terlalu signifikan tersebut mengindikasikan bahwa kualitas kesehatan balita perlu ditingkatkan. Penyakit demam, batuk, dan diare adalah jenis penyakit infeksi yang dipicu oleh bakteri, virus, protozoa, cacing dan alga. Penyakit ini sering kali menyerang balita karena merupakan target yang paling rentan akibat pemanfaatan air yang kurang higienis, keterbatasan sarana pembuangan sampah, limbah, dan kotoran, serta lingkungan tempat tinggal yang tidak sehat (Sukarno, 1994).

Hasil SDKI 2007 memperlihatkan dari beberapa variabel yang dianalisis dan diduga berisiko memengaruhi status kesehatan balita, seperti perilaku hidup sehat ibu dan kualitas kesehatan, terbukti tidak semuanya menurunkan status kesehatan balita di Indonesia. Kondisi lingkungan, seperti jarak tempat pembuangan kotoran terhadap sumur, kualitas atap, dinding, tanah, dan keberadaan cerobong asap walaupun diduga kuat menjadi penyebab penurunan ataupun peningkatan status kesehatan balita, berdasarkan hasil uji regresi biner hanya dua variabel yang signifikan. Rumah yang dilengkapi sarana jamban dengan jarak lebih dari 7 meter dari sumur ternyata mampu meningkatkan status kesehatan balita. Sementara itu, balita yang tinggal dalam rumah yang berlantai tanah berisiko mengalami sakit demam, batuk, dan diare satu kali lebih besar dibandingkan dengan balita yang tinggal dalam rumah berlantai keramik/ubin.

Perilaku hidup sehat ibu yang didekati dari kebiasaan ibu dalam menyiapkan makanan, minuman, kebiasaan merokok, dan membuang kotoran diduga yang berpengaruh terhadap status kesehatan anak juga tidak semuanya signifikan setelah dilakukan uji statistik. Indikator perilaku hidup sehat yang berpengaruh terhadap status kesehatan balita adalah kebiasaan membuang kotoran dan kebiasaan ibu dalam mengolah air minum sebelum dikonsumsi. Balita yang ibunya tidak terbiasa merebus air terlebih dahulu sebelum diminum berisiko lebih tinggi mengalami gangguan kesehatan baik demam, batuk, maupun diare. Air berperan besar dalam terjadinya penyakit karena dimungkinkan terkontaminasi dengan mikroorganisme ataupun zat-zat merugikan lainnya. Oleh karena itu, sebelum digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari perlu diolah secara tepat.

Kebiasaan ibu membuang kotoran balita juga berpengaruh terhadap kualitas kesehatan balita. Ibu yang terbiasa membuang kotoran balita di kakus dapat meningkatkan kualitas kesehatan balitanya satu kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang membuang kotoran balitanya di sembarang tempat. Kotoran balita ini merupakan semua zat yang tidak dipakai lagi oleh tubuh dan harus dikeluarkan dalam bentuk tinja (*faeces*) atau air seni (*urine*). Kotoran tersebut adalah sumber penyakit yang multikompleks. Penyebarannya dapat melalui berbagai macam jalan atau cara antara lain air, tangan, lalat, dan tanah. Benda-benda yang telah terkontaminasi oleh kotoran ini, sudah pasti akan menjadi penyebab munculnya berbagai penyakit. Oleh karenanya, kebiasaan ibu dalam membuang kotoran balita perlu diperhatikan agar balita terjaga kesehatannya (Notoatmodjo, 2003).

Uraian dan penjelasan di atas membuktikan bahwa status kesehatan anak yang diukur dari pernah tidaknya balita menderita sakit demam, batuk atau diare dalam dua minggu terakhir dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya adalah kondisi lingkungan tempat tinggal dan

jarak tempat pembuangan kotoran terhadap sumber air minum keluarga. Temuan ini sebenarnya bukanlah hal yang mengejutkan mengingat beberapa studi yang pernah dilakukan terdahulu, salah satunya oleh Mc Alpin dan Morris sebagaimana dikemukakan dalam tulisan Mosley dan Chen (1988) juga menemukan hal yang sama. Persoalan kualitas ke-

tanpa dilengkapi dengan sarana sanitasi yang memadai relatif banyak, terutama di wilayah perdesaan. *Kedua*, perilaku ibu di kehidupan sehari-hari dalam menjalankan pola hidup sehat cukup bervariasi. Perilaku hidup sehat yang menonjol adalah mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan, mengolah air secara tepat sebelum dikonsumsi anggota keluarga,

Tabel 4
Faktor-faktor yang Berisiko Memengaruhi Kualitas Kesehatan Anak

| | | B (koefisien) | p-value | Exp.B (OR) |
|--|-------------------------|---------------|---------|------------|
| Kebiasaan membuang kotoran | Bukan kakus | | | |
| | Kakus | 0.200 | 0.030 | 1.096 |
| Sumber air minum yang digunakan ibu | Tidak melakukan apa-apa | | | |
| | Diolah dengan tepat | 0.247 | 0.000 | 1.280 |
| Jarak tempat pembuangan kotoran terhadap sumur | < 7 meter | | | |
| | > 7 meter | 0.123 | 0.030 | 1.131 |
| Jenis lantai | Tanah | | | |
| | Bukan tanah | 0.134 | 0.147 | 1.144 |

Sumber: SDKI 2007, diolah

Keterangan: hanya menampilkan variabel yang signifikan

sehatan anak yang diukur dari kelangsungan hidupnya di negara sedang berkembang sangat ditentukan oleh kondisi tempat tinggal. Dalam tulisan ini dikemukakan satu faktor yang tidak kalah penting bahwa kebiasaan atau perilaku hidup sehat ibu yang justru muncul sebagai faktor penting dalam menentukan tinggi rendahnya kualitas kesehatan anak.

Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut.

Pertama, kondisi fisik lingkungan tempat tinggal ibu di Indonesia umumnya sudah cukup baik, yang ditandai dengan sebagian besar dinding terbuat dari tembok, atap terbuat dari genteng atau beton, dan lantai bukan dari tanah. Namun jumlah ibu yang tinggal dalam rumah

serta tidak mengonsumsi rokok.

Ketiga, faktor yang berisiko memengaruhi status kesehatan balita adalah kebiasaan ibu membuang kotoran balita, kebiasaan ibu dalam mengelola sumber air minum sebelum dikonsumsi, jarak tempat pembuangan kotoran terhadap sumber air minum keluarga, serta jenis lantai.

Keempat, faktor-faktor lainnya, seperti jenis atap dan dinding rumah, keberadaan cerobong penghisap asap, kebiasaan merokok ibu, kebiasaan mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan, terbukti tidak signifikan terhadap status kesehatan anak. Namun upaya untuk membiasakan hidup sehat dan menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal tetap perlu dilakukan sebagai bentuk upaya pencegahan terhadap penyakit.

Daftar Pustaka

- Depkes. 1999. *Paradigma Sehat Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta : Depkes.
- Depkes. 2008. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*, Indonesia Tahun 2007 : Mortalitas. Jakarta : Depkes
- Djaja, Sarimawar, dkk. 2009. "Peran Faktor Sosial Ekonomi, Biologi dan Pelayanan Kesehatan terhadap Kesakitan dan Kematian Neonatal." *Majalah Kedokteran Indonesia*. Vo. 59 No. 8. Hlm. 370-377
- Djaja, Suchroni. 2007. "Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Kematian Neonatal di Indonesia, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003". *Majalah Kedokteran Damianus*. Vol.6. No. 3
- Kypri, K. Chalmers and Langley, J. 2001. "Child Injury Morbidity in New Zealand 1987-1996". *Journal of Paediatrics and Child Health*. 37. Pp. 227-234.
- Mosley dan Chen. 1988. "Suatu Kerangka untuk Studi Kelangsungan Hidup Anak di Negara Sedang Berkembang", dalam Masri Singarimbun (eds). *Kelangsungan Hidup Anak*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo.2003. *Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cetakan ke-2. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pande, Saket., et.al. 2008. "Addressing Diarrhea Prevalence in the West African Middle Belt : Social and Geographic Dimensions in a Case Study for Benin". *International Journal of Health Geographic*. www.ij-healthgeographics.com doi:10.1186/1476-072X-7-17
- Subandriyo. 1993. *Kesehatan Keluarga*. Bogor : Fakultas Pertanian IPB.
- Sudarti, dkk.1986. "Persepsi Masyarakat tentang Sehat-Sakit dan Posyandu." *Laporan Penelitian*. Jakarta, Pusat Penelitian Kesehatan UI.
- Sukarno, M. 1994. *Kesehatan Keluarga dan Lingkungan*. Yogyakarta : Kanisius
- Titaley, CR, et.al. 2008. "Determinants of Neonatal Mortality in Indonesia". *BMC Public Health*. Pp.8:32
- UNDP. 2009. "Overcoming Barriers: Human Mobility and Development." *Human Development Report 2009*. Palgrave Macmilan : New York
- Watson, et.al. 2003. "Relationship Among Smoking Status, Ethnicity, Socioeconomic Indicators, and Lifestyle Variable in a Biracial Sample of Women". *Preventive Medicine*. 37. Pp. 138-147.

Reviu buku

- Judul : *Governance Reform* di Indonesia: Mencari Arah Kelembagaan Politik yang Demokratis dan Birokrasi yang Profesional
- Editor : Agus Pramusinto dan Wahyudi Kumorotomo
- Penerbit : Gava Media Bekerja sama dengan Magister Administrasi Publik UGM
- Cetakan : Pertama, 2009.
- Tebal : xxiii+409 hlm.

Seiring dengan perkembangan konsep serta praktik *governance* di Indonesia maka bermunculan buku yang membahas persoalan tersebut. Salah satu buku yang ikut berkontribusi membahas tentang perkembangan konsep dan praktik *governance* di Indonesia adalah: *Governance Reform di Indonesia : Mencari Arah Kelembagaan Politik yang Demokratis dan Birokrasi yang Profesional*. Buku editorial yang diedit oleh Agus Pramusinto dan Wahyudi Kumorotomo ini diterbitkan atas kerja sama antara Magister Administrasi Publik Universitas Gadjah Mada dengan Penerbit Gava Media, Yogyakarta. Buku ini ditulis oleh para ahli yang memiliki berbagai latar belakang ilmu dengan kata pengantar ditulis oleh Sri Sultan Hamengku Buwono X.

Buku setebal 409 halaman ini dibagi menjadi empat bagian dengan topik yang beragam. Benang merah dari buku tersebut adalah perkembangan reformasi *governance* di Indonesia sebagai upaya untuk mewujudkan bangun format sistem politik yang demokratis dan didukung oleh sosok birokrasi yang profesional. Untuk menjelaskan gagasan besar tersebut, buku ini dibagi menjadi empat bagian. Bagian I mendiskusikan topik-topik yang berhubungan dengan penataan ulang demokrasi. Bagian II membahas topik-topik yang

berhubungan dengan penguatan birokrasi. Bagian III mendiskusikan topik-topik yang berkaitan dengan pemberantasan korupsi. Bagian terakhir memaparkan ide-ide mengenai pembangunan budaya birokrasi.

Penataan ulang demokrasi yang merupakan bagian pertama buku ini memaparkan beberapa hal penting terkait dinamika demokrasi di Indonesia. Dinamika demokrasi digambarkan sebagai kemunculan beberapa partai sebagai peserta pemilu. Hal ini menggambarkan sikap akomodatif karakter budaya majemuk dari bangsa ini. Selanjutnya kemajuan demokrasi sangat berarti bagi bangsa Indonesia, yaitu dengan adanya pemilihan secara langsung anggota DPRD, DPR, kepala daerah, presiden, dan wakil presiden. Namun dinamika demokrasi tersebut dapat memungkinkan kondisi yang kontraproduktif apabila demokrasi ini tidak ditata. Bagian I buku ini menawarkan ide-ide kontemporer dalam menata ulang proses demokrasi yang sedang mengalami euforia. Ichlasul Amal, salah satu penulis yang memberikan kontribusi pemikiran pada bagian pertama buku ini, menawarkan paradigma retroprospek. Paradigma retroprospektif ini didasarkan bahwa kita harus mengambil manfaat dari sistem multipartai yang pernah ada pada masa Orde Lama . Akan tetapi, pada saat yang

sama harus dapat mengelola konflik dengan penyederhanaan sistem kepartaian sebagaimana diuraikan oleh Amal di halaman 18 buku ini: "...Sebagian wacana mengacu kepada paradigma restropektif, agar kembali kepada sistem multi-partai yang bebas seperti yang pernah terjadi pada Pemilu 1955. Namun sebagian yang lain mengacu pada paradigma prospektif agar dilakukan penyederhanaan dan pembatasan jumlah partai sehingga mengarah kepada sistem dua partai seperti di Amerika Serikat dan Inggris". Kemudian Anas Urbaningrum mengemukakan gagasannya dengan membuat kepartaian yang majemuk itu menjadi sederhana. Selain sistem kepartaian yang sederhana, dikatakan Anas bahwa penataan demokrasi dimaksudkan untuk mendukung pertumbuhan ekonomi dan penciptaan kesejahteraan rakyat. Sementara itu, Priyo Budi Santoso menyampaikan gagasan tentang sistem Pemilu yang baik harus memiliki prinsip-prinsip sebagai berikut 1) akuntabilitas, 2) keterwakilan, 3) keadilan, 4) persamaan hak untuk setiap pemilih, 5) menciptakan pemerintahan yang efektif dan akomodatif, 6) perkembangan partai-partai dan perwakilan lokal yang kuat secara relatif, 7) sistem menyediakan akses melalui kesederhanaan dan refleksi pilihan warga negara yang relatif tepat. Bagian penataan ulang demokrasi juga dilengkapi dengan prinsip-prinsip membangun peradaban demokrasi. Dwiyanto Indiahono mengulas kilas balik prinsip-prinsip demokrasi Athena. Berkaitan dengan itu, maka peradaban demokrasi Indonesia harus dibangun kembali melalui 1) suara partai harus suara rakyat, 2) demokrasi perwakilan bukan voting. Kemudian diakhir bagian I ini ditawarkan gagasan agar demokrasi mendukung perwujudan *good governance* oleh Bowo Asiatno.

Meskipun diakui bahwa buku ini memuat ide-ide segar dan komprehensif terkait dengan dinamika demokrasi yang sedang berlangsung di Indonesia, jika dibaca secara kritis berbagai usulan yang disampaikan oleh para penulis tersebut masih bersifat wacana dan belum

memberikan langkah konkret bagaimana mewujudkan gagasan mereka. Wacana untuk melakukan penyederhanaan partai politik di Indonesia sudah sering disampaikan, tetapi realitas politik di Indonesia masih sulit untuk mengadopsi gagasan tersebut. Hal ini secara lugas juga diakui oleh Amal yang memaparkan betapa tidak mudah untuk merealisasikan gagasan yang ia pikirkan. Tentang gagasan retroprospektif yang ia pikirkan, Amal mengatakan: "Bagaimana caranya agar dapat melakukan pendekatan "retroprospektif" ini? Inilah yang tidak mudah untuk dilakukan".

Bagian II buku ini memaparkan topik-topik mengenai penguatan birokrasi. Birokrasi diakui memiliki peran sentral dalam pelaksanaan *governance reform* serta penentu keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Akan tetapi, isu mengenai kapasitas birokrasi yang lemah merupakan fenomena yang masih terjadi di Indonesia. Topik-topik pada bagian II ini meskipun telah sering didiskusikan dalam berbagai kesempatan, tetapi topik ini masih tetap relevan didiskusikan untuk memperbaiki kinerja birokrasi. Jika ada yang beda dengan apa yang sudah dilakukan oleh para ahli sebelumnya, tema penguatan birokrasi yang disampaikan pada bagian II buku ini adalah dari gagasan-gagasan segar yang disampaikan oleh para pakar dengan menampilkan pendekatan yang berbeda untuk memperbaiki birokrasi dari apa yang sudah ada selama ini. Sofian Effendi, misalnya, mengangkat persoalan mendasar, yaitu *civil service reform* bidang SDM aparatur negara. Kemudian Fadel Muhammad menyampaikan ide inovatifnya yang telah berhasil diterapkan di Provinsi Gorontalo. Melalui tulisannya yang berjudul *Energizing Bureaucracy*, Muhammad memberikan ide untuk mengubah mindset dan budaya kerja agar lebih *entrepreneurship*. Selain itu, ide *energizing bureaucracy* juga memuat strategi agar birokrasi lebih dinamis dan memiliki *networking*. Keberhasilan untuk melakukan *energizing bureaucracy* ini, menurut Muhammad, ada tiga kunci, yaitu kemampuan manager publik

memotivasi para pegawai, merekrut SDM yang tepat, dan memberikan penghargaan atas dasar kinerja (hlm.112). Sedangkan Agustinus Sulistyو menawarkan strategi untuk memperbaiki rendahnya profesionalisme, etos kerja, disiplin dan gaji PNS. Strategi ini cukup menarik yaitu *competence-based human resource management*. Strategi menerapkan *competence-based human resource* ini adalah: “[...] setelah pola karier tersusun dengan baik, perlu didukung dengan sistem pengembangan pegawai, sistem penilaian kinerja dan sistem penggajian yang menghargai kompetensi dan prestasi kerja” (hlm.149).

Pemberantasan korupsi merupakan bagian III buku *Governance Reform* ini. Berbagai diskusi maupun aktivitas nyata telah banyak dilakukan untuk pemberantasan korupsi. Akan tetapi, topik-topik pemberantasan korupsi selalu menjadi isu menarik mengingat korupsi di Indonesia telah mendarah daging. Lebih menarik lagi karena buku ini menyajikan strategi baru dalam pemberantasan korupsi. Strategi inovatif ini menekankan bahwa masalah korupsi tidak saja diatasi dengan peraturan perundangan. Agus Dwiyanto menyarankan penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk mengurangi proses kerja birokrasi yang berbelit dan memperpendek hierarki sehingga interaksi pemberi layanan dan pengguna makin mudah. Wahyudi Kumorotomo menyampaikan inovasi-inovasi yang dikembangkan oleh pemerintah daerah untuk mengatasi korupsi. Pada intinya setiap penulis mencoba menawarkan hal baru seperti juga Cut Sukmawati yang melibatkan pendidikan tinggi dan Rosfiah Arsal membahas penerapan manajemen kontrak untuk menanggulangi korupsi.

Bagian terakhir dari buku ini membahas isu-isu yang berkaitan dengan budaya birokrasi. Dalam bagian ini beberapa pakar mencoba mencari akar persoalan mengapa begitu sulit untuk melakukan reformasi di dalam tubuh birokrasi di Indonesia. Salah satu penulis yang memberikan sumbangan tulisan ini, Erwan Agus Purwanto, melakukan analisis historis untuk

melacak kembali sebab-sebab bercokolnya budaya korupsi yang sulit dilepaskan dalam tubuh birokrasi publik di Indonesia yang berakar jauh di masa prakolonial. Budaya birokrasi merupakan elemen penentu keberhasilan reformasi, sayangnya budaya birokrasi tidak dapat diimpor dari luar: “justru budaya birokrasi inilah yang sulit diimpor dari luar” (hlm. 286). Pandangan yang serupa juga disampaikan oleh Miftah Thoha, Prijono Tjptoherijanto, dan juga Ferry Anggoro Suryokusumo.

Buku *Governance Reform di Indonesia: Mencari Arah Kelembagaan Politik yang Demokratis dan Birokrasi yang Profesional* tentu saja sangat relevan untuk dijadikan acuan dalam rangka perbaikan pelayanan publik. Sebagai buku editorial, buku ini memiliki keunggulan bahwa memuat ide kreatif dari berbagai pakar. Hal ini tentu saja membawa nilai lebih karena setiap pakar menyumbangkan ide inovatifnya dari perspektifnya masing-masing. Dengan demikian, ide-ide kreatif tersebut akan memperkaya upaya *governance reform* di Indonesia. Namun buku editorial juga memiliki kelemahan, yaitu beberapa gagasan terfragmentasi sehingga belum menjadi kesatuan gagasan secara utuh.

Manfaat lain apabila kita membaca buku ini dengan seksama adalah memahami sejauhmana keberhasilan implementasi *governance reform* di Indonesia. Meskipun *governance reform* telah dilaksanakan sejak lama serta mendapat momentum ketika desentralisasi, kenyataannya belum membawa perubahan yang berarti. Banyaknya permasalahan pada pelayanan publik merupakan salah satu refleksi belum berhasilnya *governance reform* sesuai yang diharapkan. Rendahnya peringkat HDI merupakan salah satu cermin rendahnya kualitas pelayanan publik. Posisi Indonesia dalam *Human Development Index* (HDI) tahun 2007 berada pada urutan 108, dengan nilai indeks sebesar 0,728. Peringkat HDI 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 Bangladesh, Laos, Mongolia, Myanmar, Pakistan, Papua Nugini, dan Filipina¹.

Peringkat HDI Indonesia yang seperti itu tentunya terkait dengan berbagai realita sosial seperti kemiskinan dan peranan negara yang belum optimal dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Melalui berbagai indikator yang digunakan, HDI² merupakan ukuran keberhasilan pembangunan suatu negara dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Implikasinya, HDI yang tinggi menunjukkan keberhasilan pembangunan kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Sebaliknya, HDI yang rendah menunjukkan ketidakberhasilan pembangunan kesehatan, pendidikan, dan ekonomi suatu negara.

Masalah di bidang pendidikan adalah Indonesia belum mencapai keberhasilan program Wajib Belajar 9 tahun. Hal ini secara tegas dapat dilihat bahwa rata-rata lama studi nasional masih di bawah 9 tahun.³ Di bidang kesehatan, masih banyak permasalahan yang muncul seperti fenomena gizi buruk, angka kematian ibu, dan biaya rumah sakit yang masih mahal. Permasalahan-permasalahan tersebut tentu saja tidak terlepas dari reformasi *governance* yang belum berhasil seperti yang dibahas dalam buku tersebut. Misalnya masalah korupsi dan kapasitas birokrasi yang lemah menyebabkan buruknya pelayanan publik. Demikian juga, dinamika demokrasi yang belum mencapai proses pendewasaan justru menghambat penyelenggaraan pelayanan publik. Oleh sebab itu, buku *Governance Reform di Indonesia: Mencari Arah Kelembagaan Politik yang Demokratis dan Birokrasi yang Profesional* tidak saja memberikan kontribusi tentang bagaimana praktek *governance* bisa dicapai. Namun buku tersebut juga sekaligus memberikan wacana bagaimana pelayanan publik dapat berhasil ketika praktik *governance* sudah berhasil.

¹ <http://www.kompas.co.id/kompas-cetak/0703/03/In/3359249.htm>

² HDI adalah angka yang diolah berdasarkan tiga dimensi, yaitu panjang usia (*longevity*), pengetahuan (*knowledge*), dan standar hidup (*standard of living*) suatu bangsa. Secara teknis ketiga dimensi ini dijabarkan menjadi beberapa indikator, yaitu kesehatan dan kependudukan, pendidikan, serta ekonomi. Indikator kesehatan menyangkut angka kematian bayi (*infant mortality rate*), angka kematian balita (*under-five mortality rate*), dan angka kematian ibu serta kualitas gizi. Indikator kependudukan menyangkut usia harapan hidup (*life expectancy*). Indikator pendidikan menyangkut angka melek huruf (*literacy rate*), anak yang berpendidikan sampai kelas lima SD (*children reaching grade 5*), dan angka partisipasi pendidikan (*enrolment ratio*). Adapun indikator ekonomi, antara lain, menyangkut indeks kemiskinan (*poverty index*).

³ Indikator Kesejahteraan Rakyat, 2005:100