



Steve Christiantara/SMERU



DARI MDGs KE SDGs: MEMETIK PELAJARAN DAN MENYIAPKAN LANGKAH KONKRET

Setelah bertahun-tahun kita akrab dengan istilah Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals, disingkat MDGs), pada 2015 agenda pembangunan global ini resmi berakhir. Sebagai gantinya, 193 negara, termasuk Indonesia, bersepakat mengadopsi agenda pembangunan global baru yang dikenal dengan Sustainable Development Goals (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.

Artikel ini bersumber dari laporan kajian SMERU, "SDGs dan Tantangan Pencapaiannya di Indonesia" (2016). Kajian tersebut dimaksudkan untuk mengidentifikasi tantangan yang mungkin dihadapi Indonesia dalam upaya mencapai SDGs pada 15 tahun ke depan serta merumuskan antisipasi kebijakan yang perlu dilakukan. Pada kajian tersebut, tim peneliti melakukan studi literatur terhadap laporan-laporan pencapaian dan tantangan MDGs yang dikeluarkan beberapa kementerian serta ulasan dari berbagai lembaga.

Bersambung ke hal. 3

Dari MDGs ke SDGs: Memetik Pelajaran dan Menyiapkan Langkah Konkret

1

Layanan Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak pada Era Jaminan Kesehatan Nasional: Sebuah Penilaian Awal

6

Hambatan Praktik Pemberian Makan pada Bayi dan Anak di Indonesia: Apa Kata Tokoh

10

Pembelajaran Pendidikan Dasar di Enam Kabupaten Mitra INOVASI di Provinsi Nusa Tenggara Barat

14

Pencapaian SDGs: Aspek Kesehatan dan Pendidikan pada Kelompok Umur 0–12 Tahun

18

The SMERU Research Institute adalah sebuah lembaga penelitian independen yang melakukan penelitian dan pengkajian kebijakan publik secara profesional dan proaktif, serta menyediakan informasi akurat, tepat waktu, dengan analisis yang objektif mengenai berbagai masalah sosial-ekonomi dan kemiskinan yang dianggap mendesak dan penting bagi rakyat Indonesia.

Melihat tantangan yang dihadapi masyarakat Indonesia dalam upaya penanggulangan kemiskinan, perlindungan sosial, perbaikan sektor sosial, pengembangan demokrasi, dan pelaksanaan desentralisasi dan otonomi daerah, maka kajian independen sebagaimana yang dilakukan oleh SMERU selama ini terus dibutuhkan.

DEWAN REDAKSI

Asep Suryahadi, Widjajanti Isdijoso, Syaikhul Usman, Nuning Akhmadi, Nina Toyamah, Athia Yumna, Rika Kumala Dewi, Ulfah Alifia

REDAKSI

Hastuti, Liza Hadiz, Gunardi Handoko

PERANCANG GRAFIS

Novita Maizir

STAF DISTRIBUSI

Heru Sutapa

Buletin SMERU diterbitkan untuk berbagi gagasan dan mengundang diskusi mengenai isu-isu sosial, ekonomi, dan kemiskinan di Indonesia dari berbagai sudut pandang. Temuan, pandangan, dan interpretasi yang dimuat dalam buletin SMERU sepenuhnya di luar tanggung jawab badan penyandang dana SMERU. Silakan mengirim komentar Anda. Jika Anda ingin terdaftar dalam *mailing list* kami, kunjungi situs web SMERU atau kirim surel Anda kepada kami.



Jl. Cikini Raya No. 10A,
Jakarta 10330 Indonesia
Phone: +6221-3193 6336;
Fax: +6221-3193 0850
e-mail: smeru@smeru.or.id;
website: www.smeru.or.id

 The SMERU ResearchInstitute

 @SMERUInstitute

 The SMERU Research Institute

 The SMERU Research Institute

Pembaca yang budiman,

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) kerap disebut sebagai agenda pembangunan global yang cakupannya lebih luas dan inklusif daripada Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) yang telah berakhir pada 2015. Berbeda dengan MDGs yang merupakan ramuan para pakar negara-negara anggota Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) dan beberapa lembaga internasional, SDGs merupakan hasil kesepakatan 193 negara anggota PBB yang melibatkan partisipasi masyarakat sipil serta pelbagai pemangku kepentingan. Tak mengherankan jika SDGs membidik masalah-masalah yang lebih beragam dan detail, serta menyasar seluruh penduduk pada semua kelompok usia dan latar belakang dengan mengedepankan prinsip kesetaraan dan antidiskriminasi.

Terkait implementasi SDGs, pada 2015 The SMERU Research Institute melakukan studi untuk meninjau tantangan pelaksanaan SDGs di Indonesia. Selain itu, berbagai penelitian SMERU lainnya dapat memberi wawasan dan masukan bagi upaya pencapaian SDGs di Indonesia, khususnya terkait sektor kesehatan dan pendidikan. Dalam buletin SMERU edisi kedua untuk tahun ini, kami memaparkan temuan-temuan dari empat studi SMERU terkait SDGs, kesehatan, dan pendidikan.

Studi pertama berfokus pada pelajaran yang dapat dipetik dari MDGs dan tantangan pelaksanaan SDGs di Indonesia. Baik studi kedua maupun ketiga mengulas isu kesehatan ibu dan anak, yaitu layanan kesehatan Ibu, bayi baru lahir, dan anak (KIBBLA) serta pemberian makan bayi dan anak (PMBA). Sementara itu, studi keempat berfokus pada isu pendidikan, yaitu sebuah studi diagnosis terhadap sistem pendidikan dasar di daerah mitra Program Inovasi untuk Anak Sekolah (INOVASI).

Untuk melengkapi pembahasan, SMERU mengundang Ibu Yosi Diani Tresna, Kepala Subdirektorat Perlindungan Anak, Bappenas, untuk secara khusus memberi perspektif pada isu-isu gender dan anak terkait implementasi SDGs di Indonesia.

Semoga edisi ini dapat membangun pemahaman mengenai tantangan yang dihadapi Indonesia dalam upaya mencapai target SDGs serta mengurangi kemiskinan dan ketimpangan.

Selamat membaca.

Liza Hadiz

Editor

Selain itu, tim peneliti juga melakukan diskusi dan konsultasi dengan berbagai pemangku kepentingan di pusat dan di daerah. Konsultasi di daerah diadakan di dua provinsi, yaitu di Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Sulawesi Utara (Sulut).

Perbedaan antara MDGs dan SDGs

MDGs yang dirumuskan oleh negara-negara Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) dan para pakar beberapa lembaga internasional berbeda dengan SDGs yang melibatkan pemangku kepentingan yang lebih luas. Sejak awal, SDGs dibuat melalui proses partisipatoris sangat inklusif dengan cara konsultasi langsung dengan semua kalangan (pemerintah, masyarakat sipil, akademisi, pihak swasta, dan masyarakat filantropi), baik dari negara maju maupun berkembang.

Hal tersebut berkontribusi pada adanya beberapa perbedaan penting antara MDGs dan SDGs. Pertama, SDGs dirumuskan berdasarkan prinsip-prinsip HAM, inklusivitas, dan antidiskriminasi. Kedua, dalam hal agenda, SDGs tidak hanya berfokus pada upaya pemenuhan kebutuhan masa sekarang, tetapi juga memerhatikan kebutuhan masa yang akan datang atau berkelanjutan. Ketiga, SDGs ditujukan untuk memastikan bahwa semua manusia dapat menikmati kehidupan yang sejahtera dan bahwa kemajuan ekonomi, sosial, dan teknologi terjadi selaras dengan alam/lingkungan. Keempat, SDGs juga dirancang untuk mendorong perdamaian agar terwujud masyarakat adil dan inklusif yang bebas dari rasa takut dan kekerasan. Kelima, SDGs mengutamakan kerja sama seluruh pemangku kepentingan.

MDGs dan SDGs juga berbeda dalam hal jumlah tujuan dan indikator. Sebelumnya, pada MDGs ada 8 tujuan dan 60 indikator. Pada SDGs, jumlah tersebut bertransformasi menjadi 17 tujuan dan 232 indikator (revisi terakhir dari UNStats pada Maret 2017). Di antara 17 tujuan pada SDGs, ada 4 yang benar-benar tidak ada pada MDGs, yaitu tujuan 9 (industri, inovasi, dan infrastruktur), tujuan 10 (mengurangi

ketimpangan), tujuan 11 (masyarakat dan kota yang berkelanjutan), dan tujuan 16 (perdamaian, keadilan, dan institusi yang kuat).

Sinkronisasi SDGs dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015–2019

Salah satu pembelajaran dari pelaksanaan MDGs di Indonesia adalah bahwa supaya dapat dijalankan dengan optimal, agenda pembangunan global perlu diterjemahkan dan diintegrasikan ke dalam perencanaan, kebijakan, serta strategi pembangunan di tingkat nasional dan daerah. Untuk kasus Indonesia, secara umum, tujuan dan target SDGs sudah tecermin dalam target RPJMN 2015–2019. Penelusuran kajian ini terhadap upaya pemerintah melakukan sinkronisasi SDGs dan RPJMN menemukan bahwa beberapa tujuan SDGs (yakni tujuan kemiskinan, kesehatan, pendidikan, ketimpangan, air dan sanitasi, serta akses energi) memiliki kecocokan sangat tinggi dengan target RPJMN 2015–2019. Tujuan SDGs yang masih terbatas pembahasannya dalam RPJMN 2015–2019 adalah tujuan gender, pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan pekerjaan layak, serta pola produksi dan konsumsi yang berkelanjutan. Studi UNDP (2015) juga menghasilkan temuan yang hampir sama bahwa Nawa Cita, RPJMN 2015–2019, dan SDGs memiliki titik temu, walaupun Nawa Cita dan SDGs berasal dari dua perspektif berbeda.

Sekilas Capaian MDGs dan Upaya Mempercepat Pencapaiannya

Dalam "Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2014" (Bappenas, 2015: xi-xii), pencapaian MDGs hingga 2014 dikategorikan ke dalam (i) tujuan-tujuan yang telah tercapai, (ii) tujuan-tujuan yang pencapaiannya menunjukkan kemajuan signifikan dan



Tujuan SDGs untuk mencapai pola produksi dan konsumsi yang berkelanjutan masih terbatas pembahasannya dalam RPJMN 2015–2019

diharapkan tercapai sepenuhnya pada 2015, dan (iii) tujuan-tujuan yang pencapaiannya menunjukkan kemajuan, tetapi masih diperlukan kerja keras agar tercapai sepenuhnya. Dari ketiga kelompok besar tersebut, kelompok ketiga paling penting karena berisikan hal-hal yang harus diprioritaskan dalam pelaksanaan SDGs di Indonesia. Ada 14 indikator yang masuk dalam kelompok ketiga ini yang tersebar di hampir semua target.

Pemerintah Pusat telah menyadari adanya kendala yang dihadapi banyak provinsi dalam upaya pencapaian target MDGs sehingga beberapa peraturan diterbitkan untuk mempercepat proses tersebut. Satu di antaranya adalah Instruksi Presiden (Inpres) No. 3/2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan yang di dalamnya

Kotak 1. Pelajaran dari Daerah dalam Pencapaian MDGs: Studi Kasus Provinsi NTB

Dasar pelaksanaan MDGs di NTB tertuang dan terintegrasi dalam RPJMD 2013–2018. Dari 57 indikator yang harus direalisasikan, capaian Pemerintah Daerah (Pemda) NTB pada November 2015 adalah: 27 indikator tercapai, 23 indikator sedang dalam proses pencapaian, dan 7 indikator masih sulit dicapai.

Tujuan ketiga MDGs (mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan) merupakan tujuan dengan capaian indikator terbanyak. Gubernur NTB mengeluarkan Peraturan Gubernur (Pergub) No. 39/2014 yang mengatur pengarusutamaan gender di NTB untuk mendorong satuan kerja perangkat daerah (SKPD) melakukan perencanaan dengan kerangka analisis gender. Gubernur NTB juga mengeluarkan Surat Edaran (SE) No. 150/1138/Kum tentang Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) yang merekomendasikan usia perkawinan untuk laki-laki dan perempuan minimal 21 tahun. Pemda NTB meyakini bahwa sumber kemiskinan adalah perkawinan pada usia dini sehingga dengan terbitnya SE tersebut diharapkan pertambahan keluarga miskin baru dapat ditekan.

Pencapaian MDGs

Meskipun target 1a (mengurangi angka kemiskinan kurang dari US\$ 1 (PPP) per hari) belum tercapai, persentase penduduk miskin di NTB mengalami penurunan dari 27,17% pada 2008 menjadi 21,55% pada 2010 dan 17,24% pada 2014. Upaya pengurangan kemiskinan di NTB dilakukan dengan berbagai inovasi program. Inovasi tersebut dibagi ke dalam empat klaster, yaitu klaster 1: program bantuan tunai dan nontunai; klaster 2: program pemberdayaan berkelanjutan dan peningkatan industri pengolahan; klaster 3: pengembangan industri kreatif dan industri berbasis sumber daya alam lokal; dan klaster 4: program pariwisata (“Visit Lombok”), percepatan pembangunan infrastruktur, dan layanan listrik perdesaan.

Selain itu, cerita sukses upaya pengurangan kemiskinan di NTB datang dari Kabupaten Lombok Barat. Pemda Lombok Barat membentuk Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) yang berhasil menyusun dokumen Strategi Pengentasan Kemiskinan Daerah (SPKD). Dokumen ini kemudian diintegrasikan ke dalam Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (RAPBD) sehingga dapat diintegrasikan ke dalam rencana strategis (renstra) dan rencana kerja (renja) SKPD. Dengan demikian, penganggaran untuk program kemiskinan terintegrasi dengan berbagai program pembangunan lainnya. Dalam lima tahun pelaksanaannya, angka kemiskinan di Kabupaten Lombok Barat menurun dari 24,02% pada 2009 menjadi 17,20% pada 2014. Bappeda Lombok Barat juga bekerja sama dengan BPS dalam mempelajari data makro yang dapat dijadikan tolok ukur intervensi dan menggunakan peta kemiskinan untuk mengidentifikasi kantong-kantong kemiskinan.

Faktor Penghambat Pencapaian MDGs

Salah satu hambatan pencapaian MDGs di NTB berkaitan dengan rencana aksi atau program yang belum ditindaklanjuti sepenuhnya oleh pemerintah kabupaten/kota. Pada dasarnya, komitmen pemerintah kabupaten/kota secara umum sangat bergantung pada kapasitas fiskalnya. Artinya, komitmen yang tinggi membutuhkan kemampuan anggaran yang cukup. Kenyataannya, anggaran pemda untuk pencapaian MDGs terbatas, sedangkan dukungan dunia usaha dan masyarakat masih rendah. Selain itu, NTB juga sangat bergantung pada dana insentif daerah dan dana lain dari pusat untuk melaksanakan program pencapaian MDGs.

Pelaksanaan MDGs juga belum bersinergi optimal karena masih ada ego sektoral, baik dalam hal pendataan maupun pemantauan dan evaluasi. Masalah dalam pembaruan data penerima bantuan yang masih terjadi di lapangan menyebabkan terjadinya kesalahan penargetan. Selain itu, belum ada program pemantauan dan evaluasi yang terpadu, reguler, dan lintas sektor. Setiap SKPD masih memiliki dan menjalankan mekanisme pemantauan dan evaluasinya masing-masing.

menyebutkan perlunya disusun mekanisme pemberian insentif bagi provinsi yang menunjukkan kinerja baik dalam pencapaian MDGs. Untuk itu, sejak 2013, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (PPN)/Bappenas telah memberikan penghargaan MDGs bagi provinsi yang memenuhi kriteria 12 indikator penilaian terpilih. Upaya percepatan lain yang dilakukan di antaranya adalah: (i) menyusun Peta Jalan Percepatan Pencapaian MDGs di Indonesia 2010–2015, (ii) membentuk Tim Koordinasi MDGs Nasional di bawah koordinasi Bappenas, (iii) menyusun Rencana Aksi Daerah (RAD) percepatan pencapaian MDGs di 33 provinsi, (iv) meningkatkan dukungan pembiayaan untuk percepatan pencapaian MDGs yang bersumber dari APBN dan APBD, dan (v) melakukan penguatan ketersediaan data dan informasi mengenai indikator MDGs.

Tantangan dalam Pelaksanaan SDGs

Hasil diskusi dengan pakar di tingkat pusat dan pemangku kepentingan di daerah berhasil mengidentifikasi berbagai tantangan yang mungkin akan dihadapi dalam pencapaian SDGs di Indonesia. Tantangan pelaksanaan SDGs dalam era desentralisasi seperti sekarang tidak hanya ada di tingkat global dan nasional, tetapi juga di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Di satu sisi, pemda akan menghadapi tantangan rumit, sementara di sisi lain, pemda memiliki sumber daya dan kapasitas yang terbatas untuk mengatasinya.

Terkait tujuan 1, 8, dan 10 yang menjadi fokus studi, Tabel 1 merangkum tantangan yang akan dihadapi Indonesia dalam pencapaian SDGs.

Kesimpulan

Pelaksanaan MDGs yang berakhir pada 2015 lalu memberikan banyak pengalaman dalam perencanaan, penganggaran, dan koordinasi pelaksanaan agenda pembangunan global, khususnya bagi pemerintah (baik pusat maupun daerah). Banyak target dan indikator MDGs yang berhasil dicapai dengan baik oleh Indonesia, walaupun masih banyak juga pekerjaan rumah terkait MDGs. Dengan tujuan dan target yang lebih banyak, tentu tantangan yang akan dihadapi dalam pencapaian SDGs lebih berat.

Berita baiknya adalah bahwa Indonesia memiliki waktu persiapan yang lebih panjang dan strategi persiapan yang lebih baik untuk SDGs. Secara umum, seluruh tujuan pembangunan global sudah memiliki pijakan kebijakan dalam dokumen RPJMN 2015–2019. Dengan seluruh tantangan dan antisipasi kebijakan yang telah diidentifikasi melalui kajian ini, perlu digarisbawahi bahwa langkah selanjutnya yang perlu dilakukan adalah merumuskan turunan dan melakukan penyelarasan kebijakan di pusat dan di daerah.

Terkait pencapaian SDGs di daerah, peran dan rasa kepemilikan pemda harus ditingkatkan karena mereka merupakan ujung tombak kesuksesan pelaksanaan agenda pembangunan global. Peran dan rasa kepemilikan tersebut dapat ditingkatkan dengan cara: Pemerintah Pusat memberikan target pencapaian SDGs yang lebih jelas untuk setiap daerah berikut insentifnya. Target dan insentif akan mendorong pemda meningkatkan kinerjanya, dan pada akhirnya mencapai tujuan pembangunan dalam SDGs. ■

Tabel 1. Tantangan yang Akan Dihadapi Indonesia dalam Pencapaian SDGs

| TUJUAN 1 (KEMISKINAN) | TUJUAN 8 (PEKERJAAN YANG LAYAK) | TUJUAN 10 (KETIMPANGAN) |
|--|---|---|
| Ketidakpastian situasi ekonomi global dan siklus politik | Tingginya proporsi pekerja sektor informal dan rendahnya jumlah pekerjaan layak | Terbatasnya kebijakan yang menyoar masalah ketimpangan |
| Rendahnya akses (khususnya bagi rakyat miskin) terhadap pendidikan berkualitas dan nutrisi yang baik | Rendahnya kualitas SDM dan daya saing tenaga kerja Indonesia | Tingginya ketimpangan antardaerah |
| Kurangnya program pengembangan kemampuan (<i>skill development</i>) untuk anak muda dari keluarga miskin | Adanya tren peningkatan pengangguran anak muda | Adanya ketimpangan kesempatan (akses pendidikan dan kesehatan) |
| Lemahnya koordinasi, baik vertikal maupun horizontal, dalam kebijakan penanggulangan kemiskinan | Rendahnya perlindungan sosial bagi pekerja | Rendahnya akses orang miskin terhadap aset produktif |
| | | Adanya ketimpangan gender |
| Definisi dan ukuran kemiskinan yang dinamis dan pemutakhiran data yang belum tentu berlanjut | Belum tersedianya data produktivitas pekerja di wilayah perdesaan/perkotaan | Ketersediaan data masih sangat terbatas, seperti data ketimpangan dari berbagai dimensi (penghasilan, aset, dll.) |



Vita Febrany/SMERU

LAYANAN KESEHATAN IBU, BAYI BARU LAHIR, DAN ANAK PADA ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL: SEBUAH PENILAIAN AWAL¹

Pada 1 Januari 2014, Indonesia mulai melaksanakan skema jaminan kesehatan universal bernama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan tujuan menjamin layanan kesehatan yang berkualitas dan tidak membebani penduduk. JKN menjamin seluruh layanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak (KIBBLA) yang masih menjadi prioritas pembangunan sektor kesehatan. Data terakhir Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan bahwa capaian indikator angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) belum mencapai target Millennium Development Goals (MDGs) atau Tujuan Pembangunan Milenium.² JKN merupakan momentum untuk meningkatkan status KIBBLA agar Indonesia dapat mengejar ketertinggalannya dalam pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs) atau

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, sebuah komitmen global lanjutan dari MDGs yang juga tetap menyoroti akses kesehatan universal dan KIBBLA.

Sebagaimana layanan dalam Jampersal³, komponen KIBBLA dalam JKN juga menjamin layanan antenatal (kehamilan), persalinan, nifas, keluarga berencana (KB), nutrisi, dan imunisasi dasar. Terkait hal ini, SMERU melakukan kajian layanan KIBBLA pada tahap awal pelaksanaan JKN pada 2014–2015 di tujuh kabupaten/kota (lihat Gambar 1). Di samping mengamati bagaimana layanan KIBBLA dilaksanakan pada skema JKN secara umum, studi ini secara khusus melihat bagaimana kebijakan JKN dan sistem layanannya bisa menjangkau perempuan dan anak dari kelompok miskin. Studi ini juga mencermati



Gambar 1. Lokasi studi

¹ Artikel ini merupakan ringkasan dari laporan penelitian SMERU berjudul “The Maternal, Neonatal, and Child Health (MNCH) Services in the Early Years of Implementation of Universal Health Care Scheme in Indonesia: A Baseline Assessment” (belum dipublikasikan).

² AKI pada 2012 adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup, jauh dari target MDGs 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu, AKB pada 2012 adalah 32 per 1.000 kelahiran hidup yang juga masih jauh dari target MDGs 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup.

³ Akronim dari Jaminan Persalinan, sebuah program layanan persalinan universal yang diperkenalkan pada 2011. Program ini dihentikan bersamaan dengan mulai dilaksanakannya JKN pada 2014.

dinamika ekonomi politik dan perangkat regulasi yang dapat mendukung atau menyebabkan kemunduran pelaksanaan JKN, khususnya terkait layanan KIBBLA.

Pertanyaan penelitian yang ingin dijawab dalam studi ini terkait tiga faktor utama yang memengaruhi layanan KIBBLA dalam JKN:

1. Sisi permintaan layanan kesehatan. Sejauh mana perlindungan finansial JKN bagi orang miskin dan rentan dalam mengakses layanan KIBBLA?;
2. Kesiapan sisi penawaran layanan kesehatan. Apakah kapasitas sistem kesehatan, baik yang penyedia layanannya pemerintah maupun institusi swasta, mampu menyediakan layanan KIBBLA yang terjangkau bagi kelompok miskin dan rentan?; dan
3. Faktor-faktor kontekstual. Apa yang membuat pemerintah mampu mengatasi hambatan dalam menyediakan layanan KIBBLA bagi kelompok miskin dan rentan?

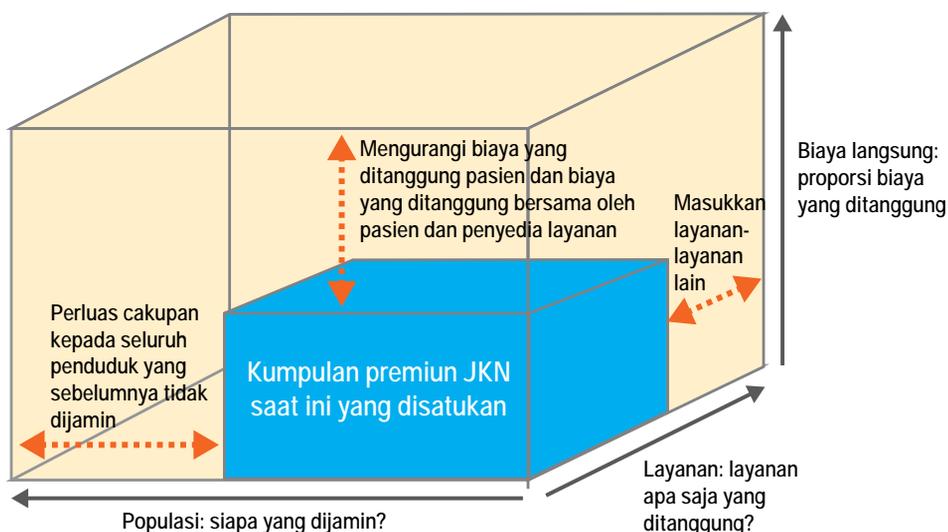
Perlindungan Finansial dan Layanan KIBBLA pada Era JKN

Dari sisi permintaan layanan KIBBLA dalam JKN, ada tiga dimensi (lihat Gambar 2) yang dipertimbangkan, yaitu (i) siapa yang tercakup dalam sistem; ii) layanan apa saja yang ditanggung; dan iii) proporsi biaya medis yang ditanggung. Hasil studi ini menunjukkan bahwa pada masa transisi, JKN berpengaruh pada pembiayaan jaminan kesehatan di daerah yang kemudian berdampak pada cakupan populasi seluruh bentuk jaminan kesehatan. Khusus untuk layanan KIBBLA, cakupan populasi JKN untuk melindungi ibu hamil dan bayi baru lahir dari kelompok miskin menurun

jika dibandingkan dengan Program Jampersal. Cakupan Program Jampersal adalah semua ibu hamil dan bayi baru lahir yang tidak dicakup oleh program jaminan dan asuransi lain, baik dari pemerintah maupun swasta. Sementara itu, JKN hanya mencakup ibu hamil dan bayi baru lahir peserta JKN.

Terkait dimensi kedua, secara umum layanan KIBBLA yang ditanggung dalam JKN sama dengan skema Jampersal yang menyediakan sebagian besar kebutuhan KIBBLA. Namun, studi ini mengindikasikan bahwa pada masa transisi, JKN mencakup jaringan bidan swasta yang lebih terbatas daripada Jampersal sehingga memberikan akses lebih kecil kepada ibu, bayi baru lahir, dan anak dari keluarga miskin untuk mendapatkan layanan KIBBLA. Di samping itu, layanan antenatal dan pemeriksaan diagnostik pada ibu hamil berisiko tinggi dalam skema JKN juga dirasa kurang.

Skema JKN memecahkan sebagian hambatan keuangan keluarga miskin untuk mengakses layanan KIBBLA, khususnya dalam hal biaya medis. Namun, pada kenyataannya tetap ditemukan praktik *co-sharing* (misalnya, pasien membayar obat-obatan yang habis persediaannya di rumah sakit atau obat paten yang tidak ditanggung). Selain itu, JKN juga tidak melindungi orang miskin dari biaya tidak langsung yang pada kenyataannya bisa sama besarnya dengan—atau bahkan lebih besar dari—biaya medis. Contoh biaya tidak langsung yang paling memberatkan pasien miskin adalah biaya transportasi ke fasilitas kesehatan (faskes)—terutama di daerah terpencil yang harus menggunakan beberapa moda berganti-ganti—dan biaya pendamping pasien selama di rumah sakit (dalam kasus rawat inap) seperti biaya untuk makan, keperluan lain, dan kehilangan kesempatan (*opportunity cost*) mendapatkan



Gambar 2. Dimensi dalam Jaminan Kesehatan Universal

penghasilan karena harus merawat orang sakit. Biaya lain yang juga cukup besar adalah biaya perawatan tradisional oleh dukun beranak sebelum dan sesudah persalinan yang masih ditemukan di hampir seluruh wilayah studi.

Kapasitas dan Ketersediaan Tenaga serta Fasilitas Kesehatan

Guncangan pada sisi permintaan layanan akibat akses universal seharusnya bisa diatasi jika diimbangi dengan kesiapan sisi penawaran layanan. Namun, studi ini menunjukkan bahwa pada awal pelaksanaan JKN masih ada masalah kapasitas sistem kesehatan yang sejak dulu belum dapat diselesaikan, yaitu ketersediaan faskes dan tenaga kesehatan (nakes) serta kualitas layanannya. Nakes terlatih, terutama untuk layanan KIBBLA, seperti bidan desa dan dokter berkeahlian PONED⁴ di puskesmas dan dokter spesialis kandungan di rumah sakit masih sangat kurang atau tidak merata. Dari tujuh kabupaten/kota sampel dalam studi ini, hanya tiga yang memenuhi standar Kementerian Kesehatan untuk memiliki paling tidak empat puskesmas PONED. Sementara itu, di Kabupaten Gorontalo Utara dan Kabupaten Hulu Sungai Utara, tidak ada dokter spesialis kandungan dan spesialis anak sehingga jika ada komplikasi terkait kandungan dan kesehatan anak, pasien harus dirujuk ke rumah sakit tingkat kabupaten yang lokasinya cukup jauh. Seperti terlihat pada Tabel 1, terdapat ketidakmerataan yang sangat signifikan antara Jawa dan daerah-daerah luar Jawa dalam hal jumlah rumah sakit dan dokter.

Masalah kesehatan ibu dan bayi baru lahir, termasuk tingginya AKI dan AKB, berkaitan dengan kurangnya kompetensi bidan dalam membantu persalinan. Rendahnya kapasitas bidan dalam mengidentifikasi komplikasi dapat

menyebabkan keterlambatan rujukan yang berujung pada kematian pasien dalam perjalanan menuju atau setelah tiba di rumah sakit. Studi Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (2013) mengungkapkan bahwa masalah ini disebabkan oleh, antara lain, pelatihan dan pendidikan kebidanan yang tidak berkualitas dan tidak memenuhi standar WHO. Isu lain adalah kurangnya infrastruktur untuk persalinan aman dan bersih di faskes, terutama di puskesmas. Bidan tidak memiliki alat partus (persalinan) atau alat kebidanan yang lengkap, apalagi alat resusitasi (untuk menangani kekurangan udara pada bayi baru lahir). Jika ingin memilikinya, mereka harus membeli sendiri karena pemerintah tidak menyediakannya. Di samping itu, bidan tidak berminat bertugas di puskesmas/pustu atau tinggal di daerah perdesaan terpencil karena alasan tidak ada air bersih, sanitasi buruk, dan tidak ada listrik.

Masalah lain yang memengaruhi layanan adalah kurangnya pengetahuan dan pemahaman nakes di fasilitas penyedia layanan kesehatan serta petugas BPJS di kantor cabang kabupaten/kota tentang Program JKN. Selain itu, puskesmas menghadapi kesulitan teknis dalam penggunaan aplikasi perangkat lunak dalam sistem klaim dan pelaporan ke BPJS karena rendahnya kapasitas SDM dan masalah akses internet.

Faktor Kontekstual di Luar Permintaan dan Penawaran

Studi ini mengungkap bahwa, pertama, konteks politik di tingkat kabupaten/kota dapat memengaruhi apakah intervensi kesehatan akan berdampak pada kinerja sektor kesehatan secara lebih luas. Beberapa contoh dinamika yang ditemukan di lapangan adalah, antara lain, inisiatif

Tabel 1. Faskes dan Nakes di Lokasi Penelitian, 2014

| KABUPATEN/KOTA | FASKES, 2014 | | | | | | | NAKES, 2014 ^c | |
|------------------------|------------------------|------------|-------|-------|--------------------------|--------|-------|--------------------------|--------|
| | PUSKESMAS ^a | | | | RUMAH SAKIT ^b | | | BIDAN | DOKTER |
| | Umum | Rawat Inap | PONED | Total | Negeri | Swasta | Total | | |
| Kota Bogor | 16 | 8 | 4 | 24 | 4 | 9 | 13 | 133 | 99 |
| Kab. Sleman | 21 | 4 | 5 | 25 | 6 | 21 | 27 | 164 | 85 |
| Kota Padang Panjang | 4 | 0 | 0 | 4 | 1 | 1 | 2 | 57 | 21 |
| Kab. Hulu Sungai Utara | 11 | 2 | 2 | 13 | 1 | 1 | 2 | 222 | 14 |
| Kab. Lombok Timur | 0 | 29 | 6 | 29 | 1 | 2 | 3 | 198 | 47 |
| Kab. Gorontalo Utara | 10 | 5 | 2 | 15 | 1 | 0 | 1 | 62 | 15 |
| Kab. Halmahera Barat | 9 | 2 | 3 | 11 | 1 | 0 | 1 | 209 | 19 |

^a Sumber: <http://www.komdat.kemkes.go.id/>

^b Sumber: <http://sirs.buk.depkes.go.id/rsonline/report/> dan Profil Kesehatan Kabupaten.

^c Sumber: <http://www.komdat.kemkes.go.id/> dan Profil Kesehatan Kabupaten.

⁴ Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar.

pembiayaan jaminan kesehatan di daerah dan cara mengelolanya, pergantian pimpinan di tingkat kabupaten/kota yang dapat memengaruhi kinerja Dinas Kesehatan (Dinkes) dan bahkan nakes di faskes, serta lobi kuat Dinkes kepada kepala daerah (bupati/walikota) dan DPRD yang dapat berujung pada peningkatan anggaran sektor kesehatan.

Kedua, faktor kontekstual yang juga penting adalah regulasi. Beberapa isu yang menjadi kelemahan skema JKN adalah (i) kurangnya peraturan-peraturan yang penting, misalnya tentang panduan bagaimana pemda mengintegrasikan skema Jamkesda ke dalam JKN; (ii) regulasi yang tidak konsisten, baik secara horizontal maupun vertikal; dan (iii) peraturan-peraturan yang saling bertentangan.

Saran Kebijakan

1. **Memperbaiki cakupan dan kualitas layanan kesehatan dengan cara, antara lain:**
 - a) menerbitkan peraturan yang jelas (di tingkat pusat dan kabupaten/kota) tentang penerapan kapitasi⁵ untuk biaya operasional puskesmas, termasuk pengeluaran untuk obat dan bahan habis pakai; dan
 - b) perlu melakukan peninjauan komprehensif terhadap berbagai peraturan terkait JKN, dan inkonsistensi yang ditemukan harus diperbaiki.
2. **Memperbaiki akses dan ketersediaan layanan kesehatan**
 - a) Peraturan daerah perlu mengatasi kondisi lokal yang tidak diatur dalam program nasional. Misalnya, memasukkan biaya transportasi air ke dalam peraturan daerah.
 - b) Pemerintah perlu mencari terobosan dalam menyediakan akses universal fasilitas PONED dan PONEK⁶ dengan, antara lain, membangun sistem rujukan yang jelas dan efektif.
3. **Memperbaiki cakupan populasi**
 - a) Perlu memperluas cakupan program atau meningkatkan kelompok miskin dan rentan dalam daftar penerima bantuan iuran (PBI) JKN dengan menyediakan panduan jelas dan melibatkan pemda.
 - b) Perlu dukungan kualitas data yang mutakhir melalui peningkatan kapasitas teknis petugas pendata daerah dalam melakukan pembaruan dan verifikasi data (Dinas Sosial kabupaten/kota).
4. **Perlu dilakukan kampanye Program JKN dalam skala besar, berkelanjutan, dan lebih terperinci melalui media massa dan media sosial, bukan hanya untuk masyarakat, tetapi juga untuk nakes. Pada saat yang sama, petugas BPJS daerah perlu mendapatkan informasi mutakhir untuk menghindari kesenjangan informasi dan pengetahuan dengan petugas pusat. ■**

Harus ada panduan yang jelas untuk memperluas cakupan pada kelompok miskin dan rentan.



Dok. SMERU

⁵ Hitungan per kepala.

⁶ Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif.



Dok. SMERU

HAMBATAN PRAKTIK PEMBERIAN MAKAN PADA BAYI DAN ANAK DI INDONESIA: APA KATA TOKOH

Indonesia masih memiliki banyak anak penderita gizi buruk seperti pendek (*stunting*), berat badan rendah (*underweight*), dan kurus (*wasting*). Untuk mengatasinya, pemerintah menetapkan berbagai kebijakan dan program. Salah satunya berkaitan dengan pemberian makan bayi dan anak (PMBA) yang meliputi inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, dan pemberian makanan pendamping ASI (MPASI). Selain itu, Indonesia berkomitmen menargetkan perbaikan nutrisi pada 2025 sebagaimana dicanangkan oleh World Health Assembly (WHA) pada 2012. Terkait isu ini, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012 melaporkan bahwa baru 42% bayi mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dan 63% anak usia 6–23 bulan tidak mendapatkan makanan sesuai standar PMBA Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Tanpa pemahaman mendalam tentang hambatan pengoptimalan praktik PMBA, sulit bagi Indonesia untuk mencapai target perbaikan nutrisi tersebut. Oleh karena itu, pada 2015 The SMERU Research Institute melakukan studi opini tokoh tentang PMBA dengan tujuan (i) mengidentifikasi hambatan praktik PMBA, (ii) mencari jalan keluar untuk mengatasi hambatan tersebut, dan (iii) mengenali saluran advokasi dan aktor penting yang perlu didekati dalam rangka memperbaiki praktik PMBA di Indonesia.

Studi ini mengumpulkan pendapat tokoh di tingkat pusat dan daerah (satu kabupaten dan satu kota). Informasi tingkat pusat dan kabupaten/kota dikumpulkan melalui

wawancara mendalam dengan informan dari lembaga pemerintah, LSM nasional dan internasional, petugas kesehatan dan asosiasi tenaga kesehatan, tempat kerja dan serikat pekerja, perusahaan susu formula, dan media massa. Selain itu, diadakan diskusi kelompok terfokus (FGD) di tingkat kecamatan dengan peserta tokoh masyarakat, tokoh agama, kader pembinaan kesejahteraan keluarga (PKK)/pos pelayanan terpadu (posyandu), staf puskesmas, dan ibu menyusui.

Hambatan dalam Mewujudkan Praktik PMBA yang Tepat

Hambatan Pelaksanaan IMD

Peraturan Pemerintah (PP) No. 33/2012 mewajibkan setiap tenaga kesehatan mendukung IMD. Dengan adanya PP tersebut, praktik IMD meningkat, tetapi pelaksanaannya belum optimal karena terkendala kurangnya pengetahuan ibu, keluarga, dan masyarakat mengenai IMD. Komitmen dan kesediaan tenaga kesehatan untuk mempraktikkan IMD juga lemah. Selain itu, IMD cenderung dipraktikkan pada ibu yang bersalin di faskes dan tidak pada yang bersalin di rumah, di tempat praktik pribadi bidan atau dukun bayi (*paraji*), serta di daerah terpencil yang sulit mengakses fasilitas dan tenaga kesehatan.

Hambatan Praktik Pemberian ASI Eksklusif

Di Indonesia, masih banyak ditemukan pemberian makanan padat maupun susu formula kepada bayi di bawah enam bulan. Ada persepsi bahwa memberikan

makanan tambahan kepada bayi di bawah enam bulan akan menstimulasi kemampuan bayi dalam menerima berbagai makanan. Pengaruh iklan pun melahirkan pandangan bahwa susu formula lebih baik daripada ASI. Selain itu, ada kesalahan persepsi bahwa jika bayi sering menangis, hal itu merupakan pertanda lapar dan perlu diberi makanan atau susu tambahan.

Fakta bahwa volume ASI rendah pada tiga hari pertama setelah persalinan pun menjadi alasan mengapa bayi tidak diberi ASI eksklusif. Adanya kekhawatiran akan perubahan bentuk tubuh jika menyusui membuat sebagian ibu keberatan untuk memberikan ASI eksklusif. Ditambah lagi, tenaga kesehatan cenderung kurang mendukung ibu untuk memberikan ASI eksklusif. Di kalangan ibu bekerja, rendahnya pengetahuan dan komitmen ibu serta kurangnya dukungan tempat kerja juga menjadi kendala pemberian ASI eksklusif. Sementara itu, dari sisi peraturan daerah, sejauh ini tidak ada peraturan kabupaten/kota yang mendukung praktik pemberian ASI eksklusif.

Hambatan Perbaikan Praktik MPASI

Praktik pemberian MPASI masih jauh dari optimal. Banyak ditemui pemberian MPASI dini sehingga menggagalkan target asupan ASI eksklusif pada enam bulan pertama kehidupan bayi. Sebaliknya, keterlambatan pemberian MPASI juga masih terjadi karena ada anggapan bahwa bayi yang belum memiliki gigi belum bisa mengonsumsi MPASI, dan bahwa susu formula memiliki nutrisi yang cukup sebagai pengganti MPASI. Ketika MPASI diperkenalkan kepada bayi usia enam bulan, MPASI yang disajikan sering kali terlalu cair dan kandungan nutrisinya kurang seimbang. Contohnya, bayi diberi bubur nasi tanpa sayuran dan protein. Persoalan lain adalah pilihan memberi makanan siap saji alih-alih makanan yang dimasak di rumah. Semua itu terjadi karena kurangnya pemahaman dan kesadaran mengenai praktik pemberian MPASI yang tepat. Penyebabnya adalah, antara lain, keengganan ibu untuk mengunjungi posyandu, membaca buku kesehatan ibu dan anak, atau mencari informasi di media lain. Di lain pihak, sosialisasi tentang MPASI oleh pemerintah, tenaga kesehatan, dan kader posyandu masih kurang efektif.

Kelembagaan dan struktur pemerintahan, hubungan antarpelaku yang terlibat dalam perumusan kebijakan, serta peraturan formal dan informal (norma) juga masih menjadi hambatan praktik PMBA. Tugas, tanggung jawab, dan harapan mengenai perilaku pemangku kepentingan PMBA telah dituangkan dalam berbagai peraturan, tetapi belum terlaksana sebagaimana diharapkan. Selain itu, pelaksanaan kebijakan untuk mendukung praktik PMBA yang optimal masih lemah. Hal ini disebabkan oleh komitmen pemerintah yang rendah terhadap penegakan peraturan dan diseminasi serta penyelenggaraan kegiatan pendidikan mengenai PMBA. Di tingkat daerah, masih

banyak pemerintah kabupaten/kota yang kebijakannya belum berkomitmen pada perbaikan praktik PMBA.

Faktor lain yang turut menghambat praktik pemberian MPASI adalah budaya (kebiasaan, tradisi) dan status ekonomi. Di tingkat masyarakat, perawatan anak masih dianggap sebagai tanggung jawab perempuan. Oleh karena itu, upaya memahami dan mencari pengetahuan tentang praktik PMBA dibebankan kepada perempuan, tanpa melibatkan suami.

Pengaruh Lembaga terhadap Praktik PMBA Pemerintah

Target perbaikan nutrisi tercantum dalam berbagai dokumen perencanaan pemerintah seperti Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP), Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM), dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Namun, dalam mencapai target tersebut terdapat kelemahan dalam pelaksanaan kebijakan, diseminasi, pemantauan dan evaluasi, serta penegakan peraturan.



Sosialisasi tentang MPASI oleh pemerintah, tenaga kesehatan, dan kader posyandu masih kurang efektif.

Pemahaman dan kesadaran mengenai praktik pemberian MPASI yang tepat masih rendah.



Rachma Indah Nurbani/SMERU

Dalam proses pembuatan kebijakan, lembaga pemerintah memiliki tingkat dukungan yang berbeda untuk perbaikan praktik PMBA. Dukungan Kementerian Kesehatan dapat dikatakan tinggi karena praktik PMBA merupakan salah satu target rencana strategisnya. Sementara itu, beberapa kementerian lain seperti Kementerian Perdagangan dan Kementerian Perindustrian lebih memfokuskan perhatian pada implikasi kebijakan PMBA terhadap pendapatan negara. Contohnya, larangan mempromosikan susu formula dapat menyebabkan perusahaan susu formula menutup operasinya di Indonesia.

Pelaksanaan program PMBA di tingkat kabupaten/kota dipengaruhi oleh, antara lain, anggaran daerah serta inisiatif, kreativitas, dan prioritas pemimpinnya. Dengan adanya kebijakan otonomi, pemimpin daerah memegang peranan penting dalam keberhasilan pelaksanaan PMBA.

Jumlah penduduk yang besar dan tingkat pendidikan yang beragam menjadi kendala bagi pemerintah untuk menyosialisasikan PMBA. Selain itu, sosialisasi pemerintah kepada tenaga kesehatan dinilai kurang efektif dan kurang memberi pemahaman. Pemberian informasi yang terfokus pada ibu semata (bukan kepada seluruh anggota keluarga) juga menghambat penyebaran pemahaman mengenai PMBA.

Selanjutnya, koordinasi yang lemah antara pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat turut menghambat praktik PMBA. Pemantauan, evaluasi, dan penegakan peraturan pelaksanaan PMBA juga lemah akibat ketidakjelasan institusi mana saja yang bertanggung jawab untuk melaksanakannya.

Organisasi Nonpemerintah

Penilaian terhadap organisasi nonpemerintah (ornop) mendua; sebagian informan memandang bahwa ornop telah mendukung pelaksanaan berbagai kegiatan perbaikan praktik PMBA. Sebagian lainnya mempunyai persepsi negatif karena ada ornop yang bekerja sama dengan perusahaan susu formula.

Perusahaan Susu Formula

Asosiasi perusahaan susu formula dipandang beberapa informan mempunyai kekuatan untuk memengaruhi pemerintah dalam proses perumusan kebijakan PMBA. Sejauh ini, perusahaan susu formula memang dilibatkan dalam diskusi seputar PP No. 33/2012 sehingga memungkinkan mereka memasukkan kepentingannya dalam kebijakan pemerintah dan memengaruhi praktik PMBA. Perusahaan juga diizinkan menyelenggarakan kegiatan seminar dan pelatihan untuk tenaga kesehatan. Kegiatan tersebut tidak terlepas dari kepentingan komersial seperti promosi produk dan peningkatan nilai saham perusahaan.

Tenaga Kesehatan

Asosiasi tenaga kesehatan seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI) sering menyelenggarakan seminar dan pelatihan yang bekerja sama dengan perusahaan susu formula. Dengan mengikuti seminar atau pelatihan tersebut, bidan akan memperoleh sertifikat yang dapat mempermudah promosi jabatan atau mendapatkan izin praktik lima tahun tanpa tes kompetensi. Selain itu, jika bidan membeli produk perusahaan, mereka akan mendapatkan hadiah; makin banyak produk yang dibeli, makin banyak hadiahnya.

Pemberi Kerja

Pemberi kerja secara umum belum memberikan dukungan optimal terhadap praktik PMBA, khususnya dalam penyediaan ruang, waktu, dan fasilitas untuk kegiatan menyusui/laktasi. Pemberi kerja menganggap bahwa memberi dukungan kepada ibu pekerja untuk menyusui adalah beban karena akan menurunkan produktivitas dan laba.

Media

Media elektronik dan media cetak jarang memberitakan isu kesehatan, termasuk informasi tentang PMBA, karena kesehatan dan PMBA bukan isu yang bernilai jual. Oleh karena itu, media belum tergolong pemangku kepentingan pendukung PMBA.

Jalan Keluar

1. Tingkatkan sosialisasi dan pendidikan PMBA untuk semua pemangku kepentingan.

Di level komunitas, sosialisasi/pendidikan hendaknya ditargetkan tidak hanya kepada ibu, tetapi juga kepada seluruh anggota keluarga, dan hendaknya mampu menjangkau keluarga miskin. Dibutuhkan metode komunikasi yang efektif dan intensif sesuai kondisi sasaran. Untuk ini, perlu ada koordinasi antara tenaga kesehatan, kader posyandu, dan tokoh masyarakat.

Di level pemerintah, kesadaran pemerintah daerah (pemda) akan pentingnya mendukung praktik PMBA perlu ditingkatkan. Bersamaan dengan itu, perlu peningkatan pemahaman tentang konflik kepentingan yang ditimbulkan jika pemerintah melibatkan perusahaan susu formula dalam perumusan dan pelaksanaan kebijakan. Pemerintah juga perlu meningkatkan komunikasi dengan media massa dan pemberi kerja swasta. Selain itu, pemerintah dapat menunjuk seorang Duta ASI untuk secara aktif menyuarakan pentingnya pemberian ASI.

” Dengan adanya kebijakan otonomi, pemimpin daerah memegang peranan penting dalam keberhasilan pelaksanaan PMBA. ”

2. Perkuat kontrol terhadap pemangku kepentingan PMBA.

Pemerintah perlu merumuskan peraturan yang lebih komprehensif untuk mengarahkan perilaku pemangku kepentingan PMBA dan menentukan institusi-institusi terkait untuk memantau, mengevaluasi, dan menegakkan peraturan serta pelaksanaan PMBA yang baik. Terkait hal ini, pemerintah perlu menyertakan indikator praktik PMBA dalam standar pelayanan minimal (SPM) sektor kesehatan. Pemerintah juga perlu meningkatkan kepedulian terhadap praktik ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping serta mengatur pemasaran susu formula.

3. Tegakkan pelaksanaan kebijakan untuk mendukung perbaikan praktik PMBA.

Pemerintah perlu meningkatkan alokasi anggaran untuk memperbaiki praktik PMBA, memperbaiki koordinasi antarsektor dalam pelaksanaan kebijakan, memperbaiki manajemen tenaga kesehatan, mendukung penyediaan ruang laktasi di tempat kerja pada usaha mikro dan kecil, dan meningkatkan akses informasi mengenai PMBA di daerah-daerah terpencil.

4. Pergunakan saluran advokasi yang tepat.

Perbaikan praktik PMBA perlu melibatkan Pemerintah Pusat karena pemda mengacu pada kebijakan pusat ketika merumuskan kebijakan daerah. Di samping itu, melalui “politik anggaran”, Pemerintah Pusat dapat mendorong pemda untuk berkomitmen pada kebijakan tertentu. Komitmen pemda terhadap kebijakan akan memengaruhi pelaksanaannya. Pemda akan lebih termotivasi untuk melaksanakan sebuah kebijakan jika kebijakan tersebut diadvokasikan oleh Pemerintah Pusat.

Advokasi kebijakan Pemerintah Pusat kepada pemda perlu melibatkan Kementerian Dalam Negeri. Advokasi dapat dilakukan secara langsung kepada instansi pemda (dinas terkait, bappeda, pemimpin daerah, anggota legislatif) dan forum tingkat desa melalui mekanisme formal seperti dengar pendapat atau mekanisme informal seperti pendekatan personal. Advokasi juga dapat ditujukan secara tidak langsung kepada pemangku kepentingan PMBA nonpemerintah seperti serikat pekerja, organisasi keagamaan, dan media massa. Selain itu, data statistik dan hasil studi tepercaya merupakan alat advokasi yang andal untuk memengaruhi pemerintah dalam merumuskan kebijakan. Tentunya metode advokasi dan keterlibatan pemangku kepentingan memiliki efektivitas yang berbeda-beda antardaerah. ■



Hastuti/SMERU

PEMBELAJARAN PENDIDIKAN DASAR DI ENAM KABUPATEN MITRA INOVASI DI PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT¹

Pada 2014 partisipasi pendidikan dasar di Indonesia mendekati universal dengan angka partisipasi murni (APM) hampir 100% untuk sekolah dasar (SD) dan 80% untuk sekolah menengah pertama (SMP). Namun, sistem pendidikan masih mengalami krisis pembelajaran, khususnya terkait kemampuan literasi dan numerasi murid. Skor Programme for International Student Assessment (PISA), misalnya, berada pada peringkat bawah di antara negara anggota Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) maupun non-OECD; dan 75% murid gagal mencapai kemampuan dasar matematika. Berangkat dari masalah tersebut, pada 2016 Pemerintah Indonesia yang diwakili Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud) dan Pemerintah Australia yang diwakili Australian Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) menggagas Program Inovasi untuk Anak Sekolah Indonesia (INOVASI). Program yang menasar tingkat pendidikan dasar (SD dan SMP) ini akan dilaksanakan selama empat tahun untuk mengumpulkan bukti keberhasilan pembelajaran dan memfasilitasi pemanfaatan bukti tersebut untuk kebijakan pendidikan yang lebih baik. Pendekatan yang digunakan adalah pemantauan, evaluasi, penelitian, dan pembelajaran dengan fokus pada aspek kualitas pengajaran di kelas,

dukungan pengajaran berkualitas, dan memastikan seluruh anak belajar. Kemendikbud dan DFAT memilih Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) dan enam kabupaten di provinsi tersebut, yaitu Lombok Tengah, Lombok Utara, Sumbawa Barat, Sumbawa, Dompu, dan Bima, sebagai mitra pertama.

Pada tahap awal program, SMERU membantu INOVASI melaksanakan studi diagnosis terhadap sistem pendidikan dasar di daerah mitra untuk memahami (i) konteks sosial-politik dan ekonomi pendidikan, (ii) pemangku kepentingan yang relevan serta kedudukan dan pengaruhnya, dan (iii) perkembangan kebijakan dan inovasi terkait pembelajaran, khususnya literasi dan numerasi.

Studi ini menggunakan pendekatan kualitatif. Pengumpulan informasi dilakukan pada Juli dan Agustus 2016. Di setiap kabupaten, informasi dikumpulkan melalui 24–30 wawancara pemangku kepentingan tingkat kabupaten hingga sekolah, 16 wawancara kelompok (guru, murid, dan orang tua murid), dan satu diskusi kelompok terfokus (FGD) tingkat kabupaten. Selain itu, peneliti mengumpulkan berbagai data sekunder terkait pendidikan dasar.

¹ Tulisan ini merupakan ringkasan dari laporan penelitian The SMERU Research Institute yang berjudul "Sintesis Hasil Studi Diagnostik Pembelajaran Pendidikan Dasar di Enam Kabupaten Mitra INOVASI di Provinsi Nusa Tenggara Barat" (belum dipublikasikan).

Gambaran Umum Kondisi Pembelajaran di Provinsi NTB

NTB merupakan salah satu provinsi yang menghadapi permasalahan rendahnya mutu pembelajaran, khususnya di tingkat pendidikan dasar. USAID (2014) melaporkan bahwa lebih dari 20% murid Kelas 2 di NTB memiliki hambatan dalam membaca. Mereka bahkan tidak dapat memahami kata sederhana dalam bacaan. Menurut ACDP (2014), hanya 1 dari 3 murid kelas 8 di NTB yang dapat menjawab pertanyaan berdasarkan cerita pendek.

Dalam hal numerasi, kemampuan murid pendidikan dasar di provinsi ini pun masih tergolong rendah. ACDP (2014) menemukan bahwa hanya 1 dari 4 murid kelas 4 dapat menjawab soal matematika berbentuk pengurangan $238-129=?$ dan hanya 1 dari 10 murid dapat menjawab soal matematika berbentuk pembagian $655:5=?$. Hasil studi tersebut juga menunjukkan bahwa di tingkat SMP, hanya 1 dari 4 murid kelas 8 dapat menjawab soal cerita matematika untuk mencari rasio. Studi tersebut menyimpulkan bahwa permasalahan pembelajaran di Provinsi NTB bukan hanya dalam kemampuan literasi dan numerasi dasar. Murid di kelas lebih tinggi juga masih mengalami kesulitan dalam menerapkan dan menalar pengetahuan. SMERU (2009) mengungkap bahwa hanya sekitar 42% murid di sekolah sampel di Lombok Tengah yang mampu menjawab lebih dari 50% soal matematika, dan hasil tersebut terendah jika dibandingkan dengan kabupaten studi di provinsi lain.

Secara umum, profil pendidikan pada 2015/16 di enam kabupaten studi ini hampir sama (Tabel 1). Perbedaan capaian indikator antarkabupaten tidak signifikan dan cenderung tidak konsisten. Misalnya, angka putus sekolah tingkat SD dan nilai rata-rata kompetensi guru relatif lebih baik di Sumbawa Barat, Lombok Utara, dan Sumbawa. Sementara itu, APM tingkat SD tertinggi dan rasio guru-murid terendah tercatat di Kabupaten Bima dan Dompu. Secara umum, dari enam indikator

pendidikan yang ada, empat indikator dicapai dengan lebih baik oleh Kabupaten Sumbawa Barat.

Permasalahan Pembelajaran

Hasil studi ini menunjukkan bahwa sepuluh permasalahan utama pembelajaran yang disampaikan informan di semua kabupaten memiliki banyak kesamaan, yakni (i) kualitas guru rendah, (ii) jumlah guru pegawai negeri sipil (PNS) kurang dan penempatannya tidak merata, (iii) pelatihan guru kurang, (iv) komitmen guru rendah, (v) anggaran dan infrastruktur kurang, (vi) perhatian dan dukungan orang tua rendah, (vii) minat belajar anak rendah, (viii) pengaruh kepentingan politik kuat, (ix) ketidaktuntasan pembelajaran murid, dan (x) pengawasan lemah. Permasalahan-permasalahan tersebut saling berhubungan; permasalahan yang satu bisa menjadi penyebab munculnya permasalahan lain.

Empat dari sepuluh permasalahan utama tersebut berkaitan dengan guru. Kualitas guru rendah karena, antara lain, rendahnya kualitas lembaga pendidikan dan ketidaksesuaian latar belakang pendidikan dengan bidang ajar. Kurangnya jumlah dan tidak meratanya penempatan guru PNS disebabkan terbatasnya rekrutmen dan adanya campur tangan politik.

Kekurangan guru PNS tersebut mendorong sekolah dan pemerintah daerah (pemda) mengangkat guru tidak tetap (GTT) tanpa standar jelas dan jumlahnya cenderung berlebih karena, antara lain, adanya "titipan" pihak tertentu. Dampaknya, 43%–64% guru di kabupaten studi berstatus GTT (lihat Tabel 2). Jika dilihat dari rata-rata rasio murid-guru, jumlah guru PNS masih memadai, tetapi rasio murid-guru antarsekolah sangat beragam karena masalah sebaran. Sebuah SMPN di Bima, misalnya, hanya mempunyai dua guru PNS dan salah satunya menjadi kepala sekolah.

Tabel 1. Potret Pendidikan Enam Kabupaten Sampel di Provinsi NTB, 2015/16

| INDIKATOR | NAMA KABUPATEN | | | | | |
|--------------------------------------|----------------|-------|---------------|--------------|---------|---------------|
| | Bima | Dompu | Lombok Tengah | Lombok Utara | Sumbawa | Sumbawa Barat |
| Angka putus sekolah tingkat SD (%) | 0,32 | 0,22 | 0,14 | 0,06 | 0,07 | 0,04 |
| Nilai rata-rata kompetensi guru SD | 45 | 46 | 51 | 53 | 52 | 56 |
| Nilai rata-rata ujian nasional SD/MI | 56 | 55 | 53 | 52 | 55 | 58 |
| Angka partisipasi murni SD (%) | 96 | 96 | 92 | 82 | 80 | 84 |
| Rasio guru-murid SD | 9 | 9 | 14 | 15 | 11 | 12 |
| Indeks Pembangunan Manusia – 2014 | 63 | 64 | 62 | 60 | 63 | 67 |

Sumber: INOVASI, 2016, Nusa Tenggara Barat - Potret Pendidikan Kabupaten 2015/16.

Tabel 2. Perbandingan Guru PNS dan GTT SD/MI di Tingkat Kabupaten

| KABUPATEN | PERSENTASE | | SUMBER |
|---------------|------------|-----|---|
| | PNS | GTT | |
| Bima | 37 | 63 | Renstra Dinas Dikpora Kabupaten 2016–20 (data per 31/12/2014) |
| Dompu | 36 | 64 | Renstra Dinas Dikpora 2010–15 |
| Sumbawa | 51 | 49 | Dinas Pendidikan Nasional Kabupaten Sumbawa |
| Sumbawa Barat | 57 | 43 | Buku Saku Pendidikan TA 2012/13, tidak termasuk MI |
| Lombok Tengah | 55 | 45 | Dinas Dikpora Kabupaten, 2016 |
| Lombok Utara | 48 | 52 | Pangkalan Data Dikpora Kabupaten, 2015 dan Dikpora NTB, 2015 |

Idealnya, kondisi dan masalah di setiap sekolah bisa diatasi melalui tindak lanjut laporan hasil pengawasan pengawas sekolah yang diverifikasi oleh kepala unit pelaksana teknis daerah (UPTD) dan/atau kepala dinas. Terlepas dari beragamnya kapasitas pengawas, kecenderungan bahwa laporan pengawas sekolah tidak mendapat perhatian pejabat terkait ditemukan di semua daerah studi.

Untuk berbagai kepentingan, dalam lingkup pendidikan dasar di semua kabupaten studi terdapat jalinan komunikasi antarlembaga terkait, tetapi nyaris tidak ditemukan penggunaan teknologi komunikasi yang intensif, terpola, dan berkelanjutan. Komunikasi mereka lebih banyak mengandalkan tatap muka, seperti rapat atau kunjungan langsung, dan surat resmi. Media komunikasi berupa telepon atau telepon genggam cenderung hanya digunakan untuk mengundang peserta pertemuan. Penggunaan aplikasi media sosial masih dipandang “tidak pantas”. Jika pun ada yang menggunakan media sosial, jumlahnya masih terbatas. Komunikasi orang tua dengan guru atau pihak sekolah cenderung jarang dilakukan, dan biasanya hanya melalui tatap muka. Komunikasi guru dengan murid umumnya dilakukan melalui tatap muka; hanya di beberapa sekolah digunakan telepon genggam untuk keperluan tersebut.

Kebijakan/Program/Inovasi

Di semua kabupaten ditemukan kebijakan/program/inovasi inisiatif daerah terkait pendidikan, khususnya pembelajaran, yang jumlah dan bentuknya bervariasi. Urutan kabupaten dengan jumlah inovasi inisiatif daerah terbanyak adalah: Sumbawa Barat, Sumbawa, Lombok Utara, Bima, Dompu, dan Lombok Tengah. Penggagas inovasi daerah dapat dibedakan atas pemda (bupati/Dinas Pendidikan), organisasi nonpemerintah (ornop), perusahaan, dan sekolah (kepala sekolah/guru).

Di semua kabupaten terdapat inovasi pemda, baik berupa replikasi program pusat/provinsi/lembaga lain maupun gagasan daerah. Contohnya, antara lain,

Program Bantuan Operasional Sekolah Daerah (BOSDA) yang mereplikasi Program BOS Pusat, insentif untuk guru di daerah terpencil, peningkatan kapasitas guru, penambahan tenaga guru, pengembangan perpustakaan, penerbitan jurnal ilmiah, dan penuntasan kemampuan literasi dan numerasi. Inovasi tersebut didanai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan di empat kabupaten studi terdapat juga bantuan luar negeri.

Inovasi yang digagas ornop ditemukan di hampir semua kabupaten, paling banyak di Sumbawa Barat dan Lombok Utara karena ada dukungan perusahaan yang beroperasi di daerah tersebut. Ornop melakukan inovasi dalam bentuk pendirian rumah/taman bacaan, pendampingan perpustakaan dan majalah dinding sekolah, pelatihan peningkatan mutu dan pendampingan guru, bantuan fasilitas sekolah inklusif, dan pendirian sekolah komunitas. Inovasi perusahaan ditemukan di Sumbawa Barat dan Lombok Utara. Perusahaan memberikan bantuan langsung dalam bentuk beasiswa, pembebasan lahan, pembangunan sekolah, dan dukungan kegiatan kelompok guru. Inovasi sekolah ditemukan di seluruh kabupaten studi, kecuali di Lombok Utara. Inovasinya berupa diskusi guru; pendampingan guru untuk murid tertentu; latihan pidato untuk murid; membaca buku sebelum kelas dimulai; pembentukan komite sekolah per dusun; dan penggunaan teknologi proyektor, telepon genggam, dan internet dalam kegiatan belajar.

”Ketidaktuntasan belajar merupakan persoalan serius pada sistem pembelajaran yang menyebabkan rendahnya kemampuan literasi dan numerasi murid.”



Ruhmanyati/SMERU

Di semua kabupaten studi ditemukan kebijakan/program/inovasi yang merupakan inisiatif daerah terkait pendidikan, khususnya pembelajaran, yang jumlah dan bentuknya bervariasi.

Semua inovasi dengan sasaran guru, murid, dan manajemen sekolah tersebut diharapkan dapat meningkatkan kemampuan literasi dan numerasi murid, mendorong minat belajar, meningkatkan kualitas dan kuantitas guru, dan mendorong peran aktif masyarakat/orang tua agar dapat memperbaiki kualitas pembelajaran. Namun, karena dananya terbatas, sasarnya tidak luas, dan penerapannya belum lama atau tidak konsisten, dampak inovasi tersebut belum dapat diidentifikasi. Meskipun terdapat fakta bahwa kabupaten dengan jumlah inovasi terbanyak memiliki beberapa indikator pendidikan yang lebih baik, hubungan di antara keduanya masih harus didukung banyak bukti lain.

Pemangku Kepentingan

Bidang pendidikan melibatkan berbagai pemangku kepentingan yang berdasarkan tugas dan fungsinya dapat dikelompokkan ke dalam pembuat, pelaksana, dan pendukung kebijakan. Ketertarikan dan pengaruh pemangku kepentingan atas pembelajaran bervariasi antarlembaga dan antarkabupaten. Secara umum, sekolah dan Dinas Pendidikan dianggap memiliki ketertarikan dan pengaruh yang paling tinggi karena memiliki peran dan tanggung jawab yang berkaitan langsung dengan pembelajaran. Di sebagian besar kabupaten studi, pemangku kepentingan pembuat kebijakan tingkat kabupaten, yakni bupati,

Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) juga dianggap memiliki ketertarikan dan pengaruh tinggi karena sangat menentukan besarnya dukungan anggaran dan beragamnya inovasi pendidikan. Di sebagian kabupaten studi, pengawas sekolah dinilai mempunyai ketertarikan dan pengaruh tinggi, meski dengan catatan perlu adanya peningkatan kualitas pengawasan, pelaporan, dan pemanfaatan hasil pengawasan.

Penutup

Ketidaktuntasan belajar merupakan persoalan serius pada sistem pembelajaran yang menyebabkan rendahnya kemampuan literasi dan numerasi murid. Persoalan ini perlu dicarikan jalan keluar, antara lain melalui (i) perbaikan tata kelola guru untuk menghasilkan guru berkualitas dan profesional dalam jumlah cukup dan tersebar merata, dan (ii) perbaikan sistem belajar-mengajar yang mendukung peningkatan kemampuan literasi dan numerasi semua murid.

Hasil studi ini masih perlu diperkuat. Studi yang menggunakan pendekatan kualitatif ini membutuhkan dukungan studi kuantitatif agar dapat menyediakan informasi terukur tentang pembelajaran, analisis inovasi, dan keterkaitan antarpemangku kepentingan tingkat pendidikan dasar di daerah. ■



Erung/SMERU

PENCAPAIAN SDGs: ASPEK KESEHATAN DAN PENDIDIKAN PADA KELOMPOK UMUR 0–12 TAHUN

Yosi Diani Tresna¹

Usia 0–12 tahun merupakan periode penting dalam tumbuh kembang anak. Proses tumbuh kembang anak pada kelompok usia ini meliputi kegiatan pengasuhan, kesehatan, pendidikan, dan perlindungan. Periode ini menentukan perkembangan fisik dan sosio-emosional yang juga akan memengaruhi perkembangan intelektual anak dalam keseluruhan masa hidupnya kelak. Oleh karena itu, jaminan layanan kesehatan, pendidikan, dan perlindungan anak wajib dipenuhi semaksimal mungkin.

Sustainable Development Goals (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan merupakan agenda global pengganti Millennium Development Goals (MDGs) yang bertujuan mengatasi kemiskinan, kesenjangan, dan perubahan iklim melalui aksi nyata. Dalam SDGs terdapat 17 tujuan dan 169 target yang meliputi masalah pembangunan berkelanjutan. Berbagai tujuan dan target tersebut akan menjadi tuntunan bagi kebijakan dan pendanaan pembangunan 15 tahun ke depan (hingga 2030). Prinsip pelaksanaan SDGs adalah *"no one left behind"*—tak seorang pun yang akan diabaikan. Dalam konteks Indonesia yang hampir sepertiga penduduknya berusia di bawah 18 tahun, prinsip itu sangat penting

untuk pembangunan bangsa. SDGs tidak akan tercapai sepenuhnya jika masih ada anak yang hidup dalam kemiskinan (tujuan ke-1), kelaparan dan kekurangan gizi (tujuan ke-2), meninggal saat dilahirkan atau saat berusia di bawah 5 tahun (balita) karena tidak mendapatkan layanan kesehatan atau terkena penyakit yang bisa dicegah penularannya (tujuan ke-3), tidak bisa menyelesaikan pendidikan (tujuan ke-4), menikah di bawah usia 18 tahun (tujuan ke-5), dieksploitasi secara ekonomi (tujuan ke-8), dan mengalami kekerasan atau hidup dalam ketakutan (tujuan ke-16).

Tujuan ketiga SDGs berkaitan dengan aspek kesehatan. Walaupun Indonesia berada pada urutan atas dalam rata-rata global penurunan angka kematian anak balita dan dinilai cukup berhasil dalam membatasi penyebaran penyakit menular, masih dibutuhkan upaya lebih besar untuk menghapus kejadian kematian ibu dan anak akibat penyebab yang sesungguhnya bisa dicegah. Pada saat yang sama, berubahnya gaya hidup perkotaan di Indonesia membawa tantangan baru, yaitu munculnya beragam penyakit tidak menular pada anak dan orang dewasa seperti diabetes melitus dan jantung.

¹ Kepala Subdit. Perlindungan Anak, Direktorat Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan & Perlindungan Anak, Bappenas

Permasalahan lainnya dalam pembangunan kesehatan adalah, antara lain, belum meratanya kualitas pelayanan kesehatan dan persebaran tenaga kesehatan, terutama di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, dan pulau terluar (3T). Penyebab utamanya adalah keterbatasan formasi, kesulitan dalam perekrutan, dan keengganan tenaga kesehatan untuk ditempatkan di daerah-daerah seperti itu.

Beberapa di antara upaya-upaya yang sedang dan akan dilakukan pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan penduduk, terutama pada kelompok umur 0–12 tahun, adalah:

1. peningkatan persalinan di fasilitas kesehatan;
2. penguatan dan pengembangan kebijakan perbaikan gizi masyarakat dengan fokus pada seribu hari pertama kehidupan;
3. penguatan pencegahan penyakit menular dan pengendalian risiko biologis, kampanye penyadaran perilaku hidup sehat dan lingkungan bersih terkait penyakit tidak menular, serta penyehatan lingkungan;
4. peningkatan pemerataan sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang dilakukan melalui, antara lain, program penempatan pegawai tidak tetap (PTT) dan dokter magang;
5. pengaturan sistem dan peningkatan kerja sama antara pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dan unit transfusi darah untuk penurunan angka kematian ibu;
6. pengaturan pengelolaan dana kesehatan oleh rumah sakit umum daerah (RSUD) dan pemerintah daerah; dan
7. perluasan kepesertaan Kartu Indonesia Sehat (KIS), terutama dari segmen penerima bantuan iuran (PBI).

Dalam hal pencapaian tujuan keempat SDGs terkait pendidikan berkualitas, secara keseluruhan pembangunan pendidikan di Indonesia telah membuahkan hasil yang relatif baik. Hal ini tecermin dari peningkatan partisipasi penduduk pada jenjang pendidikan dasar. Selain itu, terdapat peningkatan kesadaran bahwa partisipasi anak di sekolah saja tidak cukup. Hasil pembelajaran harus dapat diukur dengan baik guna memastikan bahwa sekolah memang merupakan lingkungan pembelajaran yang layak bagi anak untuk mendapatkan manfaat nyata.

Meskipun demikian, pembangunan pendidikan masih menghadapi beberapa kendala dalam mendukung tumbuh kembang anak, antara lain: (i) belum semua anak dapat mengakses pendidikan anak usia dini (PAUD) yang berkualitas, (ii) masih terdapat kesenjangan partisipasi pendidikan dasar antarwilayah dan antarkelompok pendapatan, dan (iii) belum maksimalnya pelaksanaan Program Wajib Belajar Pendidikan 12 Tahun yang berkualitas.

Upaya peningkatan status pendidikan anak dilakukan melalui, antara lain, pemerataan dan perluasan akses pendidikan melalui penyediaan bantuan operasional di semua jenjang. Termasuk dalam hal ini adalah peningkatan akses kelompok miskin, anak-anak yang tinggal di wilayah perdesaan dan daerah 3T, serta anak berkebutuhan khusus. Bantuan tersebut juga dimaksudkan untuk mengurangi beban masyarakat dalam menanggung biaya pendidikan di sekolah. Pada jenjang pendidikan dasar dan menengah, Pemerintah Pusat menyediakan Bantuan Operasional Sekolah (BOS). Hal ini sejalan dengan perluasan dan pemerataan pendidikan untuk mendukung pelaksanaan Program Wajib Belajar 12 Tahun. Hal lain yang juga diupayakan adalah peningkatan akses dan kualitas PAUD.

Salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan penduduk adalah dengan memperluas kepesertaan Kartu Indonesia Sehat (KIS).



Sementara itu, sebagai upaya untuk mengatasi kesenjangan partisipasi antarkelompok pendapatan, dilakukan penyediaan bantuan pendidikan melalui Kartu Indonesia Pintar (KIP). Bantuan tersebut dimaksudkan untuk meringankan beban rumah tangga dalam menyekolahkan anak, termasuk untuk biaya transportasi ke dan dari sekolah, pakaian seragam, uang saku, dan alat tulis.

Secara umum, upaya pencapaian SDGs untuk aspek pendidikan dan kesehatan anak, khususnya pada kelompok usia 0–12 tahun, masih menghadapi tantangan lain seperti (i) 13,31% anak hidup di bawah garis kemiskinan nasional (sekitar Rp13.000 atau US\$1 per hari); (ii) sekitar 27% anak balita masih belum memiliki akta kelahiran—hal ini akan berpengaruh pada saat anak didaftarkan masuk sekolah; dan (iii) meningkatnya kejadian kekerasan terhadap anak, termasuk masih adanya perkawinan pada usia anak.

Sasaran peningkatan kualitas hidup penduduk Indonesia dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015–2019 telah mengacu kepada target-target yang tercantum dalam dokumen SDGs. Oleh karena itu, pelaksanaan kegiatan untuk pencapaian sasaran dalam kedua agenda pembangunan ini sudah sejalan. Selanjutnya, dengan telah sinkronnya kedua agenda pembangunan ini, maka peningkatan kualitas SDM—yang ditandai dengan, antara lain, membaiknya kondisi kesehatan dan tingkat pendidikan—akan dapat tercapai. ■

Sumber:

- Analisa Kemiskinan dan Deprivasi Hak-hak Dasar Anak di Indonesia, BPS, 2017
- Laporan Baseline SDG Anak di Indonesia, Bappenas = UNICEF, 2017
- Laporan Paruh waktu RPJMN 2015-2019, Bappenas, 2017



Publikasi SMERU



Memperlancar Penyaluran dan Pencairan Dana Desa

Catatan Kebijakan

Gema Satria Mayang Sedyadi & Widjajanti Isdijoso

Editor: Liza Hadiz & Gunardi Handoko



Laporan Tahunan 2016

Editor: Budhi Adrianto, Gunardi Handoko & Liza Hadiz



Menilai Dampak Politik Bantuan Tunai Bersyarat: Bukti dari Eksperimen Kebijakan Acak

Kertas Kerja

Julia E. Tobias, Sudarno Sumarto & Habib Moody

Editor: Liza Hadiz