

**STRATEGI AKSELERASI PENCAPAIAN TARGET MDGs 2015**

**Peta Pencapaian MDGs Targets di Indonesia Saat Ini**

- 1) Pada September 2000, para pemimpin dunia bertemu di New York mendeklarasikan "Tujuan Pembangunan Millenium" (Millenium Development Goals) yang terdiri dari 8 tujuan. Pertama, Memberantas kemiskinan dan kelaparan ekstrim. Kedua, mewujudkan pendidikan dasar untuk semua. Ketiga, mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Keempat, menurunkan angka kematian anak. Kelima, meningkatkan kesehatan ibu hamil. Keenam, memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit lainnya. Ketujuh, memastikan kelestarian lingkungan. Dan kedelapan, mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan. Kedelapan tujuan tersebut masing memiliki target, ada yang bersifat kualitatif dan kuantitatif. Dari segi waktu, perhitungan perbandingan mulai tahun 1990 dan pencapaian diharapkan terjadi pada tahun 2015.
- 2) Kemiskinan di Indonesia pada tahun 1990 adalah sebesar 15,1%, karena itu diharapkan tahun 2015 akan tinggal 7,5%. Kepemimpinan nasional bergantian, namun sampai tahun 2009 ini angka kemiskinan masih jauh dari harapan tersebut, persentase terakhir pada tahun 2008 adalah sebesar 15,46%, padahal tahun 2015 tinggal 6 tahun lagi. Dalam hal penetapan standar kemiskinan, persentase tersebut masih menggunakan derajat kemiskinan di bawah pengeluaran 1 dollar AS perhari. Sebenarnya, Indonesia sudah dikategorikan sebagai negara "berpenghasilan menengah". Penghasilan masyarakat Indonesia berdasarkan Gross National Index (GNI), yang dihitung dari nilai pasar total dari barang dan jasa yang dihasilkan oleh suatu negara dalam periode tertentu, penghasilan per kapita Indonesia tahun 2007 adalah \$ 1.420. Karena itu, sebenarnya ukuran 2 dollar AS adalah yang paling *feasible*. Dan jika menggunakan standar ini, maka kurang lebih 49% penduduk Indonesia masuk dalam garis kemiskinan.
- 3) Dalam soal kemiskinan, terkait target lain, yakni mengurangi jumlah anak-anak kurang gizi separuhnya. Pada 1990, angka kekurangan gizi pada anak-anak sekitar 35,5%, jadi harus ditekan menjadi sekitar 17,8%. Melihat kecenderungan sejak 1990, tampaknya tidak terlalu sulit mencapai target tersebut. Sayangnya, beberapa tahun terakhir sejak 2000, angkanya naik kembali. Pada tahun 2004 diperkirakan 5 juta balita menderita gizi kurang, 1,4 juta di antaranya menderita gizi buruk. Dari jumlah balita gizi buruk tersebut, 140 ribu menderita gizi buruk tingkat berat (marasmus). Pada Susenas 2006 dilakukan penimbangan sejumlah anak sebagai sampel. Hasilnya, mencemaskan, karena lebih dari seperempat anak-anak Indonesia kekurangan gizi. Banyak bayi yang tidak mendapatkan makanan tepat dalam jumlah yang cukup. Pilihan ideal adalah memberikan ASI eksklusif hingga usia bayi sekitar 6 bulan. Sayangnya, di Indonesia, setelah sekitar empat bulan, jumlah bayi yang memperoleh ASI eksklusif kurang dari seperempatnya. Masih banyak masalah lain, seperti kesehatan ibu. Biasanya, ibu yang kekurangan gizi cenderung melahirkan bayi yang juga kekurangan gizi. Penyebabnya, lebih karena kurangnya perhatian. Mungkin, juga terkait kemiskinan. Bisa saja ibu yang

miskin kurang memiliki informasi tentang perawatan anak atau hanya memiliki sedikit waktu untuk mengurus bayi.

- 4) Terkait dengan pendidikan untuk semua, tercatat angka 94,7% anak laki-laki dan perempuan masuk sekolah dasar pada tahun 2007. Kita hampir mewujudkan target memasukkan semua anak ke sekolah dasar. Namun, perbedaan antar daerah yang masih cukup tinggi, yaitu dari 96,0% untuk Kalimantan Tengah hingga 78,1% untuk Papua. Dalam hal angka partisipasi di sekolah kita memang cukup berhasil. Tetapi tujuan kedua MDGs ini bukanlah sekedar semua anak bisa sekolah, tetapi memberikan mereka pendidikan dasar yang utuh. Kenyataannya, banyak anak yang tidak bisa bersekolah dengan lancar di sekolah dasar. Saat ini, sekitar 9% anak harus mengulang di kelas 1 sekolah dasar. Sementara pada setiap jenjang kelas, sekitar 5% putus sekolah. Akibatnya, sekitar seperempat anak Indonesia tidak lulus dari sekolah dasar. Pada tahun 2004/2005, hanya 77% anak yang masuk SD tahun 1999 bersekolah hingga kelas 6 dan pada akhir tahun tersebut, hanya 75% yang lulus<sup>2</sup>. Dan hanya 67% anak yang mendaftar ke sekolah lanjutan pertama. Dan seorang anak dari keluarga miskin memiliki kesempatan 20% lebih kecil untuk melanjutkan ke sekolah lanjutan pertama ketimbang seorang anak dari keluarga tidak miskin.
- 5) Dalam banyak hal, perempuan di Indonesia telah mencapai kemajuan pesat, meskipun, masih cukup jauh dari pencapaian kesetaraan gender. Data tujuan ketiga MDGs menunjukkan hal tersebut dengan cukup jelas. Tujuan ini memiliki tiga target: a) menyangkut pendidikan, b) lapangan pekerjaan, dan c) keterwakilan dalam parlemen. Untuk hal pertama, nampaknya kita cukup berhasil. Pada sekolah dasar jumlah antara anak perempuan dan laki-laki terbilang seimbang, di mana rasio yang ditunjukkannya mendekati 100% sejak 1992. Sekarang di jenjang sekolah lanjutan pertama, garisnya berada diatas 100%, artinya terdapat lebih banyak anak perempuan dibandingkan anak laki-laki. Terdapat jumlah yang sama antara anak laki-laki dan perempuan yang mempelajari sains. Namun, terkait target kedua dan ketiga, yaitu lapangan pekerjaan dan keterwakilan dalam parlemen, kesempatan yang dimiliki perempuan Indonesia masih kurang. Dari segi proporsi penduduk dewasa dalam angkatan kerja, misalnya. Pada tahun 2004, proporsi laki-laki adalah 86% namun perempuan hanya 49%<sup>10</sup>. Sumbangan perempuan dalam kerja berupah di sektor non-pertanian masih jauh dari kesetaraan, nilainya saat ini hanya 33%. Selain kurang mendapatkan lapangan pekerjaan, perempuan juga cenderung mendapatkan pekerjaan tidak sebaik laki-laki. Demikian pula halnya di pemerintahan. Perempuan hanya menduduki 14% jabatan tinggi dalam birokrasi pemerintahan. Hanya sedikit yang terpilih menjadi anggota parlemen, bupati, dan gubernur. Angka rata-rata dunia perempuan parlemen cukup rendah, yaitu sekitar 15%. Proporsi Indonesia bahkan lebih rendah, masing-masing 13% (1992), 9% (2003), dan 11,3% (2005).
- 6) Angka kematian balita juga mencakup angka kematian bayi, karena rentangnya antara usia 0-5 tahun. MDGs menargetkan pengurangan angka tahun 1990 menjadi dua pertiganya. Artinya, kita harus menurunkannya dari 97 kematian menjadi 32. Pada tahun 2007, Angka Kematian Bayi sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup. Anak yang tinggal di rumah tangga kaya memiliki angka kematian yang rendah (36 kematian per 1.000 kelahiran hidup) dari pada anak di rumah tangga miskin (56 kematian per 1.000 kelahiran hidup). Angka kematian anak juga menurun seiring dengan meningkatnya jarak kelahiran. Sedangkan Angka Kematian Balita sebesar 44 per 1.000 kelahiran hidup. Pemerintah memang memberikan imunisasi namun belum untuk semuanya. Pada 2005, anak-anak yang menerima imunisasi difteri, batuk rejan dan tipus adalah 88%, meskipun hanya separuh dari mereka yang menerima imunisasi lengkap. Selain itu 82% anak-anak menerima imunisasi Tuberculosis (TBC), dan 72% imunisasi hepatitis. Hal yang mencemaskan adalah turunnya angka imunisasi terhadap polio dan campak Jerman (rubella), yaitu dari sekitar 74% beberapa tahun lalu menjadi 70%. Campak juga

menjadi kekhawatiran karena angka imunisasi hanya 72% untuk bayi dan 82% untuk anak hingga 23 bulan, sementara target pemerintah adalah 90%. Diperkirakan 30.000 anak meninggal setiap tahun karena komplikasi campak dan baru-baru ini ada beberapa KLB (kejadian luar biasa) polio dimana 303 anak menjadi lumpuh.

- 7) Tujuan kelima MDGs adalah menurunkan angka kematian ibu melahirkan hingga 3/4-nya dari angka pada tahun 1990. Dengan asumsi bahwa rasio tahun 1990 adalah sekitar 450, maka target MDGs adalah sekitar 110 pada tahun 2015. Target tersebut tampaknya masih sulit dicapai. Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut bisa jauh lebih tinggi, terutama di daerah-daerah yang lebih miskin dan terpencil. Berbagai potensi kematian bisa dicegah apabila para ibu memperoleh perawatan yang tepat sewaktu persalinan. Kenyataannya, sekitar 60% persalinan di Indonesia berlangsung di rumah. Dan jika pun sang ibu sampai di rumah sakit, belum tentu ia akan mendapatkan bantuan yang diperlukan karena banyak rumah sakit kabupaten kekurangan staf dan tidak memiliki layanan 24 jam. Karena itu, diperlukan upaya memperbaiki perawatan di pusat-pusat kesehatan. Pada tahun 2006 proporsi persalinan yang dibantu oleh tenaga persalinan terlatih, baik staf rumah sakit, pusat kesehatan ataupun bidan desa, baru mencapai 72,4%. Angka ini sangat bervariasi di seluruh Indonesia, mulai dari 39% di Gorontalo hingga 98% di Jakarta. Selain itu, data lain juga menunjukkan bahwa saat ini, sekitar seperlima perempuan hamil kekurangan gizi dan separuhnya menderita anemia.
- 8) Tujuan keenam dalam MDGs menangani berbagai penyakit menular paling berbahaya, urutan teratas adalah HIV/AIDS. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2007 yang hidup dengan virus HIV diperkirakan antara 172.000 dan 219.000, sebagian besar adalah laki-laki. Jumlah itu merupakan 0,1% dari jumlah penduduk. Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPA), sejak 1987 sampai Maret 2007, tercatat 8.988 kasus AIDS – 1.994 di antaranya telah meninggal. Target MDGs untuk HIV dan AIDS adalah menghentikan laju penyebaran serta membalikkan kecenderungannya pada 2015. Saat ini, kita belum dapat mengatakan telah melakukan dua hal tersebut karena di hampir semua daerah di Indonesia keadaannya tidak terkendalikan. Masalah utama kita saat ini adalah rendahnya kesadaran tentang isu-isu HIV dan AIDS serta terbatasnya layanan untuk menjalankan tes dan pengobatan. Selain itu, kurangnya pengalaman kita untuk menanganinya dan anggapan bahwa ini hanyalah masalah kelompok risiko tinggi ataupun mereka yang sudah tertular. Selain HIV/AIDS, kita juga harus menghentikan dan mulai membalikkan kecenderungan persebaran malaria dan penyakit-penyakit utama lainnya pada 2015. Sampai tahun 2007, tingkat kejadian malaria hingga 18,6 juta kasus per tahun. Untuk tuberkulosis (TBC), tingkat prevalensi mencapai 262 per 100.000 atau setara dengan 582.000 kasus setiap tahunnya.
- 9) Bagaimana dengan soal kelestarian lingkungan? Menurut Departemen Kehutanan, kita memiliki 127 juta hektar “kawasan hutan”, yaitu sekitar dua pertiga luas wilayah kita. Namun, selama periode 1997 hingga 2000, kita kehilangan 3,5 juta hektar hutan per tahun, atau seluas propinsi Kalimantan Selatan. Ini karena pembangunan di Indonesia telah banyak mengorbankan lingkungan alam. Kita menebang pohon, merusak lahan, membanjiri sungai-sungai dan jalur air serta atmosfer dengan lebih banyak polutan. Kita memiliki banyak sumber daya alam lain yang dengannya penduduk miskin bisa bertahan hidup, khususnya lautan yang menjadi lapangan pekerjaan bagi 3 juta orang. Kenyataannya, sumber daya kelautan di Indonesia juga telah terkena dampak penggundulan hutan.  
Tujuan MDGs ketujuh adalah untuk menghalangi semua kerusakan tersebut. Kita memiliki pengelolaan yang buruk dan kesulitan dalam menegakkan peraturan. Kita harus berbuat lebih banyak untuk memberantas kejahatan dan korupsi di bidang kehutanan. Pemerintah ke depan harus pula memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan ke dalam kebijakan dan program negara serta mengakhiri kerusakan sumberdaya alam. Selain itu, kita juga harus menurunkan separuh proporsi penduduk yang tidak memiliki akses yang berkelanjutan terhadap air minum yang aman dan

sanitasi dasar pada 2015. Pada tahun 2006, 52,1% penduduk memiliki akses terhadap air minum yang aman dan kita hampir berhasil untuk mencapai target 67%. Untuk sanitasi kita nampaknya telah melampaui target 65%, karena telah mencapai cakupan sebesar 69.3%, meskipun banyak dari pencapaian ini berkualitas rendah.

- 10) Salah satu target yang menjadi bagian tujuan ke-8 MDGs adalah "lebih jauh mengembangkan sistem perdagangan dan keuangan yang terbuka, berbasis peraturan, mudah diperkirakan, dan tidak diskriminatif." Ini berarti perdagangan yang berkeadilan dan WTO adalah tempat di mana masalah-masalah tersebut semestinya ditangani. Sayangnya, perundingan putaran terakhir, yang disebut "Putaran Doha (Doha Round)", gagal terutama karena negara-negara maju ingin memberikan proteksi terlalu banyak pada petani mereka sendiri.  
Sementara itu, satu masalah besar dalam mencapai MDGs karena pengeluaran Indonesia saat ini, terlalu banyak dipakai untuk pembayaran kembali utang, sehingga tak cukup anggaran bagi kesehatan atau pendidikan. Utang kita pasca krisis moneter, terjadi peningkatan sangat tajam. Pemerintah juga menerbitkan obligasi pemerintah bernilai milyaran dolar dan memberikannya kepada bank-bank tersebut untuk digunakan sebagai modal. Ini artinya mereka menjadi sehat lagi. Namun kita masih tetap terjebak dalam utang dan harus membayar bunga obligasi tersebut kepada bank atau siapa pun yang memilikinya. Biaya yang dipikul, terbilang mahal. Saat ini, 'pelunasan' utang mencapai sekitar 26% dari pengeluaran pemerintah.
- 11) Anggaran untuk menanggulangi kemiskinan menalami kenaikan secara konsisten. Namun, naiknya anggaran tersebut tidak berkorelasi signifikan untuk menurunkan angka kemiskinan. Pada tahun 2005 pemerintah mengalokasikan 23 triliun dan naik lebih tiga kali lipat menjadi 70 triliun pada tahun 2008. Akan tetapi, kenaikan tersebut hanya berhasil menurunkan angka kemiskinan kurang dari 1%. Karena itu, bukan semata jumlah alokasi untuk mengatasi kemiskinan, tetapi perlu *political will* dan perubahan kebijakan yang mengarah pada kemandirian dan melibatkan secara aktif orang miskin itu sendiri.
- 12) Pemerintah pusat maupun daerah belum memiliki komitmen yang sungguh-sungguh untuk menyediakan anggaran bagi penyelenggaraan layanan pendidikan secara langsung. Sepanjang tahun anggaran 2005-2009, belanja APBN mengalami peningkatan yang signifikan hingga mencapai 83,4 persen dari Rp 565,07 triliun (2005) menjadi Rp 1,037.06 triliun (2009). Namun selama periode 2005-2008, pemerintah sangat lamban merespon 20 persen anggaran pendidikan. Secara linier, rata-rata alokasi anggaran fungsi pendidikan hanya dialokasikan sebesar Rp 49,08 triliun atau berkisar antara 6 persen hingga 7,5 persen terhadap total belanja Negara (sudah termasuk gaji tenaga kependidikan dan pendidikan kedinasan). Dan meskipun dalam APBN 2009 telah dialokasikan anggaran pendidikan sebesar Rp 207,41 triliun (20% terhadap total belanja negara), formulasi perhitungan anggaran pendidikan dalam APBN 2009 ternyata masih menyertakan gaji pendidik. Dan jika dicermati, anggaran tersebut ditempatkan pada 21 pos pembiayaan yang terdiri dari 16 pos belanja kementerian/lembaga, 1 pos belanja non-K/L (belanja lain-lain) dan 4 pos belanja transfer. Pos terbesar pembiayaan pendidikan ditempatkan di pos dana transfer sekitar 56,8% atau sebesar Rp 117, 86 triliun yang sebagian besar digunakan untuk kebutuhan gaji pendidik dan peningkatan kesejahteraan lainnya. Sedangkan sisanya sekitar 43,2% atau sebesar Rp 89,55 triliun ditempatkan pada pos K/L dan pos belanja lain-lain untuk mendanai program/kegiatan pendidikan serta manajemen dan pendidikan kedinasan. Dalam komponen belanja transfer, pemerintah juga mengalokasikan anggaran pendidikan melalui Dana Bagi Hasil, yang selama ini tidak pernah memasukan komponen dari bagi hasil pendidikan. Padahal Dana Bagi Hasil yang masuk ke pendapatan Daerah tersebut tidak menjamin akan dialokasikan untuk program pendidikan.

- 13) Pemerintah Setengah Hati Terhadap Isu Perempuan. Kebijakan yang diberikan oleh pemerintahan masa kepemimpinan 2005 – 2009 untuk isu perempuan sangat menyedihkan. Terlihat dalam 5 tahun anggaran untuk KPP hanya berputar antara 0,02% dari total APBN. Rasanya masih terlalu sulit alokasi dana tersebut diperuntukkan mengurangi jumlah kekerasan terhadap perempuan yang mengalami kenaikan, dengan persentase terbesar 74% kasus adalah kekerasan dalam rumah tangga. Rasanya masih sulit juga anggaran tersebut dipakai untuk mengatasi lemahnya koordinasi antar instansi untuk melaksanakan pemberdayaan perempuan.
- 14) Belanja Fungsi Kesehatan selama tiga tahun 2007-2009 jauh menurun jika dibandingkan dengan belanja negara. Persentase belanja fungsi kesehatan pada tahun 2007 sekitar 2,28 persen, turun menjadi 2,01 persen pada tahun 2008, dan terus merosot hingga 1,68 persen pada tahun 2009. Jika dilihat secara alokasi, belanja fungsi kesehatan juga tidak bergeser dari angka Rp 17,46 triliun pada tahun 2007, turun menjadi Rp. 17,27 triliun pada tahun 2008, dan naik sedikit menjadi 17,30 triliun pada tahun 2009.
- 15) Selama 3 tahun terakhir, dana untuk peningkatan kesehatan, peningkatan gizi, dan imunisasi untuk bayi/balita dan ibu maternal sangat rendah dan terus turun dari tahun 2007-2009. Dana kesehatan, peningkatan gizi dan imunisasi untuk ibu dan anak adalah sebesar Rp. 1.350,434 milyar pada tahun 2007, turun pada tahun 2008 menjadi Rp. 540,981 milyar, dan turun lagi pada tahun 2009 menjadi hanya Rp. 229,353 milyar. Dengan dana dan jumlah penerima manfaat tersebut, maka alokasi dana untuk kesehatan, peningkatan gizi, dan imunisasi untuk bayi/balita dan ibu maternal adalah rata-rata sebesar Rp. 26.411 per tahun atau 2.200 per bulan pada tahun 2007, pada tahun 2008 sejumlah Rp. 10.536 per tahun atau Rp. 878 per bulan, dan pada tahun 2009 sebesar Rp. 4.452 per tahun atau Rp. 371 per bulan. Dengan dana yang demikian kecil, rasanya nyaris tidak akan mampu mengubah kondisi kesehatan ibu dan bayi/balita secara signifikan.
- 16) Kegiatan yang diarahkan pada Pencegahan dan Penanganan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS relatif kabur dan tidak secara jelas dinyatakan. Tidak ditemukan secara langsung kegiatan yang diarahkan untuk pencegahan dan penanganan IMS dan HIV/AIDS. Kegiatan program tahun 2007 dan 2008 menunjukkan hanya pada peningkatan ketersediaan, pemerataan dan mutu obat dan kefarmasian. Ini berbeda dengan tahun 2009 yang merencanakan kegiatan penyediaan dan pengelolaan vaksin dengan alokasi Rp 479 miliar. Namun, penyediaan tersebut tidak disebutkan obat dan vaksin apa dan ditujukan kepada siapa. Dari rincian APBN maupun APBD tahun 2007-2009 juga tidak nampak detail berapa dana yang dialokasikan kepada lembaga Komisi Penanggulangan Aids (KPA) di tingkat nasional dan daerah.

### **Sumber Tulisan:**

- 1) "Evaluasi Kebijakan Anggaran untuk Pencapaian MDGs", Seknas Fitra, 2009
- 2) "Kita Suarakan MDGs Demi Pencapaiannya di Indonesia", Bappenas-UNDP, 2007
- 3) "Menelusuri Anggaran Kesehatan Reproduksi dalam APBN dan APBD di Dua Provinsi dan Dua Kabupaten/Kota", PKBI Jakarta, 2009

## 10 STRATEGI PENCAPAIAN TARGET MDGs 2015

1. Membentuk Kelembagaan yang berfungsi mengkoordinasikan Kementerian/Lembaga yang terkait langsung dengan pencapaian target-target MDGs.
2. Mengintegrasikan target-target indikator pencapaian MDGs sebagai indikator kinerja perencanaan penganggaran di tingkat Nasional dan daerah. Target MDGs menjadi program prioritas nasional, sebagai dasar penyusunan arah kebijakan fiscal dan nota keuangan.
3. Menerapkan Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah untuk program-program pencapaian MDGs yang meliputi Penanggulangan Kemiskinan, Pengurangan Gizi Buruk dan Kurang, Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Bayi, Penanganan HIV dan Sanitasi.
4. Meningkatkan Dana Perimbangan khususnya Dana Alokasi Khusus berdasarkan target-target pencapaian MDGs. Besarnya DAK dirumuskan berdasarkan variable tingkat rendahnya pencapaian target MDGs untuk mengatasi kesenjangan pencapaian target MDGs antar daerah.
5. Memberikan perhatian khusus terhadap 20 daerah-daerah yang pencapaian target MDGs-nya dibawah rata-rata Nasional.
6. Memberikan insentif fiscal bagi daerah-daerah yang mampu mencapai target MDGs dan yang berhasil menerapkan system jaminan sosial yang menyeluruh.
7. Mensinergikan anggaran penanggulangan kemiskinan dan memperbesar proporsi dalam bentuk dana perimbangan di daerah. Persoalan utama anggaran kemiskinan saat ini adalah efektivitas dan efisiensi alokasi anggaran.
8. Mengimplementasikan anggaran responsive jender dan pro poor budget dalam perencanaan penganggaran di tingkat Nasional dan Daerah.
9. Meningkatkan alokasi anggaran kesehatan minimal 5% dari PDB. Saat ini pengeluaran kesehatan Indonesia terendah di kawasan Asia Tenggara, bahkan hanya 1/3 dari anggaran kesehatan Filiphina yang berada di urutan kedua terendah.
10. Memperbaiki system data base kependudukan sebagai basis data pencapaian indikator MDGs dan penggunaan data terpilah berdasarkan gender. Indikator MDGs khususnya kematian Ibu dan anak merupakan data yang paling tidak *up to date* memiliki banyak versi.

# Evaluasi Kebijakan Anggaran untuk Pencapaian MDGs

## A. KEMISKINAN

Berdasarkan data BPS, garis kemiskinan di Indonesia pada tahun 2003 angka pendapatan penduduk sebesar Rp 139.000 di perkotaan dan Rp 107.000 di pedesaan. Sementara jumlah penduduk miskin yang memiliki pendapatan di garis kemiskinan sekitar 17,4% atau sekitar 36,5% dari total penduduk Indonesia. Untuk mengurangi jumlah kemiskinan secara signifikan, minimal diperlukan anggaran sekitar 5-9% dari GDP setiap tahunnya atau sekitar Rp 115 – 200 triliun<sup>1</sup>.



Masih terdapat sepertiga hingga setengah penduduk Indonesia yang rentan terjebak ke bawah garis kemiskinan. Paling tidak diperlukan paling sedikit Rp 103 triliun setiap tahunnya untuk memenuhi hak-hak dasar orang miskin yang terdiri dari pendidikan, kesehatan, dan sanitasi serta pangan. Pengangguran di Indonesia juga masih sangat tinggi. Dari total penduduk (210 juta) sebanyak 23,66 juta (11,3% dari total penduduk) adalah pengangguran. Angka pengangguran tersebut terdiri dari angka pengangguran tinggi (benar-benar pengangguran) mencapai 10,25 juta (4,9% dari total penduduk), dan setengah pengangguran mencapai 13,41 juta (6,4% dari total penduduk)<sup>2</sup>.

Berdasarkan laporan terakhir dari SUSENAS BPS 2008, jumlah penduduk miskin sebanyak 34,96 juta jiwa (15,46%). Jika bercermin pada tahun 2006, target pemerintah dalam menurunkan angka kemiskinan dari 15,1% menjadi 13,35% ternyata gagal tercapai. Untuk tahun 2009, dalam RKP tingkat kemiskinan ditargetkan akan turun menjadi 12%, namun jika melihat berbagai lonjakan harga kebutuhan akibat imbas dari kenaikan harga BBM dapat

<sup>1</sup> Laporan Pembangunan Manusia Indonesia 2004 oleh UNDP dan Bappenas

<sup>2</sup> Pelita, 13 Desember 2005

dipastikan target pemerintah tersebut akan kembali gagal. Belum lagi diperparah tingginya tingkat pengangguran terbuka yang mencapai 9,4 juta orang.

### **Alokasi Anggaran Tidak Menjawab Persoalan Kemiskinan**

Pemerintah mungkin boleh saja mengklaim bahwa anggaran untuk pengentasan kemiskinan telah dinaikkan dari Rp 23 Trilyun pada tahun 2005 menjadi Rp 66,2 Trilyun pada tahun 2009 untuk membuktikan bahwa pemerintah memiliki komitmen sungguh-sungguh dalam pengentasan kemiskinan. Namun jika dicermati dari prosentase dalam APBN justru sebaliknya, karena turun dari 10,2% pada APBN 2005 menjadi hanya 6,4% pada tahun 2009.

Jika dilihat dari tingkat efektifitas anggaran dan realisasi program, ternyata 5 tahun kinerja pemerintah dalam pengentasan kemiskinan sama sekali tidak efektif sehingga peningkatan

alokasi anggaran yang dilakukan sia-sia.

Tahun 2005 anggaran kemiskinan baru mencapai 23 Trilyun lalu ditingkatkan 3 kali lipat menjadi Rp 70 Trilyun pada tahun 2008 namun hanya berhasil menurunkan angka kemiskinan kurang dari 1 %, dari 15,97% tahun 2005 menjadi 15% tahun 2008. Ini membuktikan, program-program kemiskinan yang tersebar di berbagai Kementerian/Lembaga dan tersentralisasi di Pemerintah Pusat dalam bentuk dana dekonsentrasi terbukti tidak efektif mengatasi

persoalan kemiskinan karena tidak disertai *political will* dan kesungguh-sungguhan dari pemerintah.

### **Proporsi Anggaran untuk Malnutrisi Anak**

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



Pengurangan jumlah penderita malnutrisi menjadi salah satu target MDGs. Indonesia berkomitmen untuk mengurangi hingga setidaknya tinggal 18% penduduk yang mengalami malnutrisi pada tahun 2015, dimana angka untuk tahun ini masih tercatat 30%. Program perbaikan gizi masyarakat dalam 5 tahun berjalan telah masuk dalam program tugas wajib pemerintah daerah juga. Namun keseriusan pemerintah untuk menanggapi persoalan gizi buruk masih jauh dari harapan, hal ini dapat dilihat dari kebijakan alokasi anggaran untuk sektor kesehatan dalam 5 tahun berturut-turut hanya berkisar 2 s/d 2,5% dari total APBN. Pemerintah hanya mengalokasikan sekitar Rp 175 miliar pada tahun 2005 melalui dana dekonsentrasi, Rp 582 miliar ditambah Rp112,5 milyar tahun 2006 melalui dana dekonsentrasi juga yang digunakan untuk operasional Posyandu. Sedangkan Rp 600 miliar pada tahun 2007. Dan menurut hasil analisis tahun anggaran 2009, alokasi anggaran untuk perbaikan gizi hanya sebesar Rp 600 miliar dengan jumlah kasus tercatat 33 juta balita. Jika dibagi dengan 33 juta balita bergizi buruk hasilnya sangat menyedihkan setiap anak penderita gizi buruk hanya mendapatkan Rp 18 ribu per kasus per tahun.

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

## **B. PENCAPAIAN PENDIDIKAN DASAR BAGI SEMUA**

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

---

<sup>3</sup> Sumber data: Dokumen RKP tahun 2009

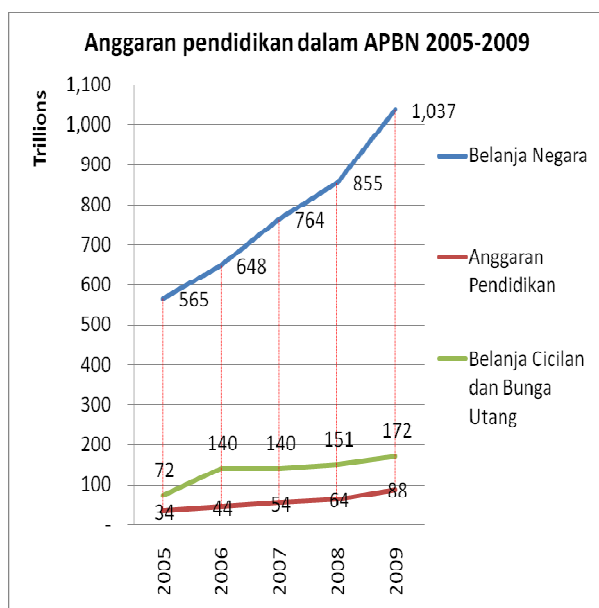
Dengan demikian, jika dilihat dari dua (2) capaian APM SD/MI dan APK SMP/MTS masih tersisa 4,70% anak usia 7-12 tahun yang belum memiliki akses untuk menyelesaikan jenjang sekolah SD/MI dan masih sekitar 5,48% anak usia 12-15 tahun jenjang SMP/MTs.

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

### Kebijakan anggaran pendidikan dalam pencapaian MDGs

**Dua puluh persen anggaran pendidikan dalam APBN 2009 lebih dari sebuah skenario atas rendahnya komitmen pemerintah.** Sepanjang tahun anggaran 2005 hingga 2009, APBN mengalami peningkatan yang signifikan hingga mencapai 83,4 persen dari Rp 565,07 triliun (2005) menjadi Rp 1,037.06 triliun (2009). Namun kebijakan tersebut tidak dibarengi dengan komitmen keberpihakan pemerintah terhadap kebutuhan dasar rakyat khususnya

terkait sektor pendidikan. Selama periode 2005-2008, pemerintah sangat lamban merespon 20 persen anggaran pendidikan. Secara linier, rata-rata alokasi anggaran fungsi pendidikan hanya dialokasikan sebesar Rp 49,08 triliun atau berkisar antara 6 persen hingga 7,5 persen terhadap total belanja Negara (sudah termasuk gaji tenaga kependidikan dan pendidikan kedinasan).

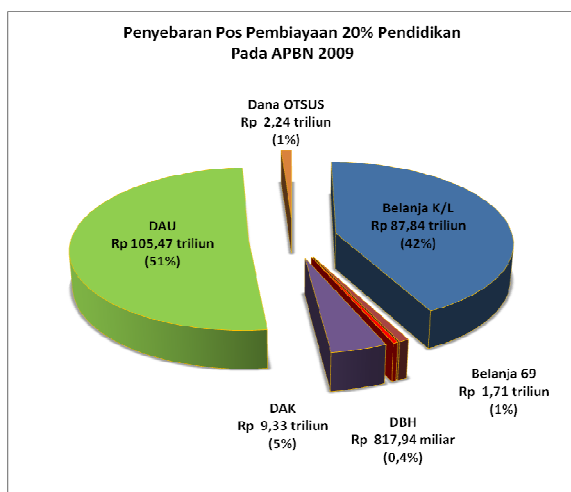


Sumber : Seknas FITRA, diolah dari dokumen APBN 2005-2008.

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

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

Padahal jauh sebelum pemerintahan sekarang, gaji pendidik telah dialokasikan tersendiri dalam komponen belanja pegawai pada belanja pemerintah pusat dan dana transfer. Hal ini sudah merupakan kewajiban pemerintah untuk memberikan gaji kepada aparaturnya (pegawai Negara).



**Penyebaran Anggaran 20 persen dan ketidakjelasan penggunaannya untuk pembangunan pendidikan,** Pada UU APBN 2009, Pemerintah mengklaim telah mengalokasikan 20% anggaran pendidikan. Anggaran pendidikan ditempatkan pada 21 pos pembiayaan yang terdiri dari 16 pos belanja kementerian/lembaga, 1 pos belanja non-K/L (belanja lain-lain) dan 4 pos belanja transfer. Pos terbesar pembiayaan pendidikan ditempatkan di pos dana transfer sekitar

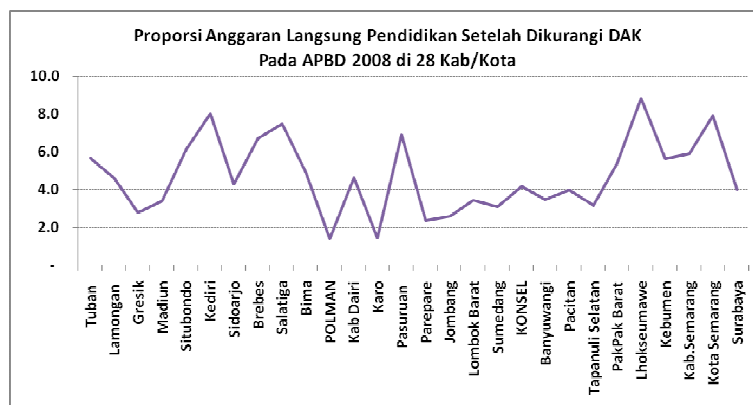
56,8% atau sebesar Rp 117, 86 triliun yang sebagian besar digunakan untuk kebutuhan gaji pendidik dan peningkatan kesejahteraan lainnya. Sedangkan sisanya sekitar 43,2% atau sebesar Rp 89,55 triliun ditempatkan pada pos K/L dan pos belanja lain-lain untuk mendanai program/kegiatan pendidikan serta manajemen dan pendidikan kedinasan. Dalam komponen belanja transfer, pemerintah juga mengalokasikan anggaran pendidikan melalui Dana Bagi Hasil, yang selama ini tidak pernah memasukkan komponen dari bagi hasil pendidikan. Padahal Dana Bagi Hasil yang masuk ke pendapatan Daerah tersebut tidak menjamin akan dialokasikan untuk program pendidikan.

<sup>4</sup> Putusan MK Nomor 13/PUU-VI/2008 tanggal 13 agustus 2008.

### **Rendahnya dukungan APBD untuk pendidikan,** Catatan Seknas FITRA terhadap APBD

2008 di 29 kabupaten/kota menunjukkan kerdilnya komitmen pemerintah daerah untuk memajukan pendidikan. Setelah dikurangi Dana Alokasi Khusus Pendidikan (DAK), rata-rata pemerintah daerah hanya berkomitmen mengalokasikan belanja langsung pendidikan

4,7% dari total belanja APBD. Anggaran pendidikan hanya dialokasikan antara 1,4% hingga 8,8%.



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

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

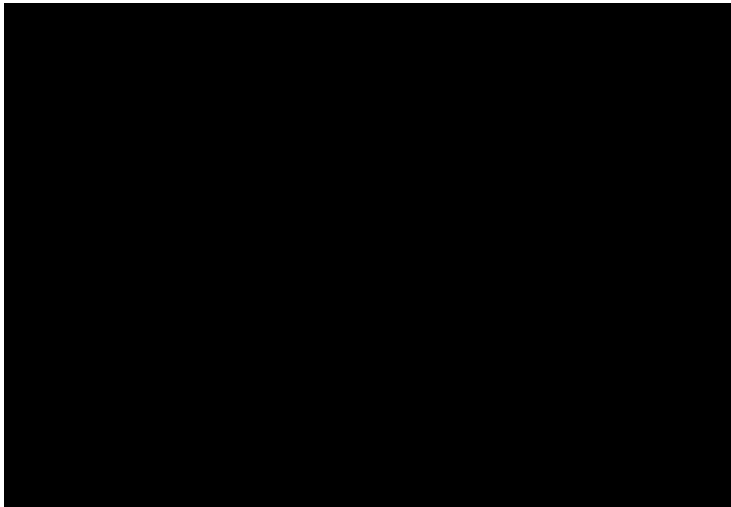
### **C. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan**

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

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

Partisipasi sejajar antara laki-laki dan perempuan dalam kehidupan publik merupakan salah satu prinsip mendasar yang diamanatkan di dalam konvensi Penghapusan Segala Bentuk

Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW). Data Susenas dalam laporan per 25 Agustus tahun 2005, untuk jenjang SD/MI rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan terhadap



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

tahun 2003.

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

### **Problem Mendasar Pemberdayaan Perempuan**

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

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

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

*Anggaran untuk Kualitas Hidup dan Perlindungan untuk Perempuan.*

Berdasarkan temuan komnas perempuan, angka kekerasan terhadap perempuan yang dilaporkan setiap tahun. Menunjukkan jumlah kasus terakhir adalah 34.665 (2007), dan mengalami kenaikan dari tahun-tahun sebelumnya. Berdasarkan jenisnya, jumlah kekerasan dalam rumah tangga adalah 74% kasus (tertinggi, kekerasan dalam komunitas 23% (termasuk kasus buruh migran dan trafiking), kekerasan negara 0,1% dan 2% lainnya sulit dikategorikan jenisnya. diantaranya adalah kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Data tersebut merupakan komposisi dari 258 lembaga di 32 propinsi dan rata-rata menangani sekitar 40 hingga 95 kasus kekerasan.

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

1. **Koordinasi Instansi Lemah.** Disisi lain adalah lemahnya sistem koordinasi internal maupun eksternal di tubuh KPP sehingga memberikan kendala dalam mengimplementasikan visi pemberdayaan perempuan, hal ini berdampak terhadap pelaksanaan program selama 5 tahun berjalan yang hanya berputar pada tataran sosialisasi saja.

2. **Data Tidak Berbicara.** Lemahnya data di tingkat nasional dan daerah, sehingga terdapat duplikasi program yang berjalan dan target yang tak terukur merupakan cermin kegagalan kinerja KPP dalam menjalankan fungsinya

#### **D. Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Menurunkan angka kematian anak**

Pada saat ini telah diperkirakan 228 orang ibu meninggal dalam tiap 1.000 proses persalinan di Indonesia. Angka kematian ibu saat melahirkan yang telah ditargetkan dalam

MDGs pada tahun 2015 adalah 110, dengan kata lain akselerasi sangat dibutuhkan sebab pencapaian target tersebut masih cukup jauh. Indonesia dianggap belumm mampu mengatasi tingginya angka kematian ibu yang 307 per 1.000 kelahiran hidup. Berarti setiap tahunnya ada 13.778 kematian ibu atau setiap dua jam ada dua ibu hamil, bersalin, nifas yang meninggal karen berbagai penyebab. Kecenderungan perbandingan pada tahun 1990 yang masih 450 per 1.000 kelahiran hidup namun target MDGs yang 125 per 1.000 kelahiran hidup terasa sangat berat untuk dicapai tanpa upaya percepatan.

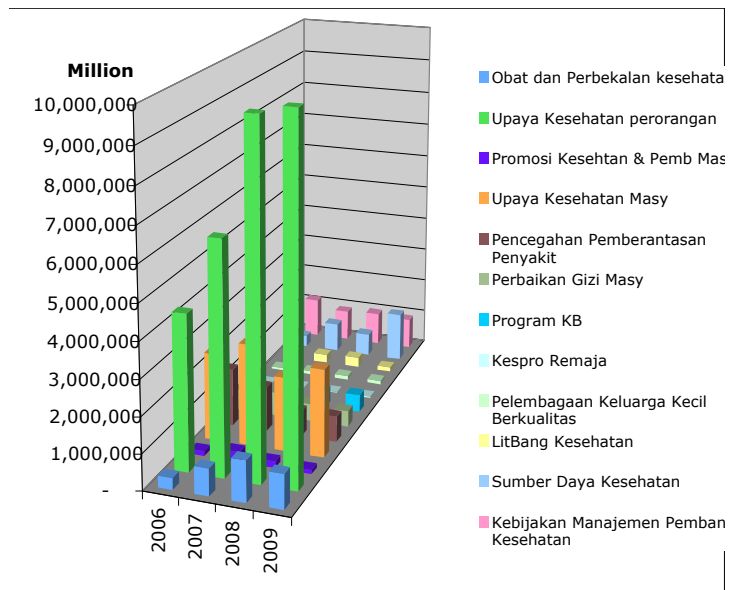
Berdasarkan data Susenas tahun 2001, memperlihatkan bahwa hanya sebanyak 45,83% kelahiran yang ditolong oleh bidan di pedesaan. Jumlah bidan di seluruh Indonesia berdasarkan IBI (Ikatan Bdan Indonsia) sat ini hanya sekitar 80.000 orang. Namun jumlah bidan di desa terus menyusut dari 62.812 bidan pada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

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

**Angka kematian bayi dan balita di Indonesia masih tertinggi di Asia.** Indonesia masih harus berjuang keras untuk memperbaiki indikator pembangunan kesehatan, khususnya tingkat kematian bayi, karena tren angka kematian bayi selama lima tahun terakhir belum menurun. Di tingkat ASEAN, angka kematian bayi di Indonesia mencapai 35 per 1000

kelahiran hidup yaitu hampir 5 kali lipat dibandingkan dengan angka kematian bayi Malaysia, hampir 2 kali dibandingkan dengan thailand dan 1,3 kali dibandingkan dengan Philipina.

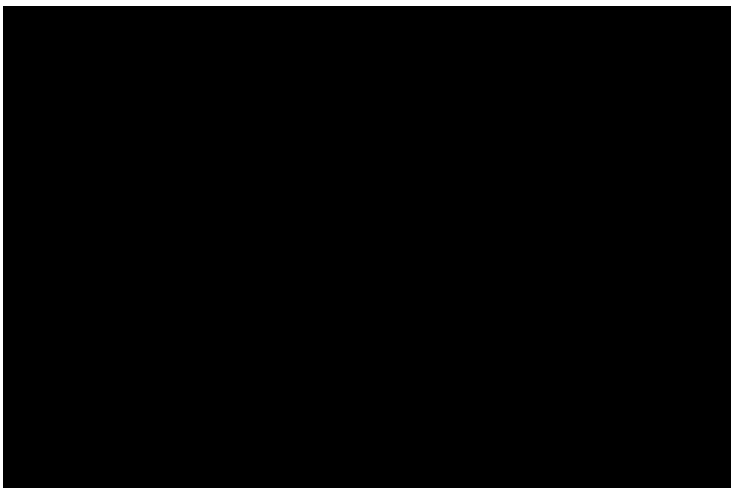
Sedangkan untuk menurut data pemerintah bahwa angka kematian balita mengalami penurunan yang cukup tajam dari 82,6 per 1.000 menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup. Namun ironisnya, kasus kematian bayi banyak terjadi pada keluarga miskin dan sebagian besar penyebab utamanya adalah



disebabkan oleh akses, biaya, pengetahuan dan perilaku

### Bagaimana Alokasi Anggaran Menjawab Permasalahan

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



penurunan prosentase dari 3,1% pada tahun 2005 menjadi 1,67% tahun 2009.

### Lebih Baik Mengobati Dari Pada Mencegah..

Belanja program kesehatan masih difokuskan untuk mengobati ketimbang mencegah. Alokasi terbesar program kesehatan dalam 5 tahun

terakhir, dialokasikan untuk kesehatan yang sifatnya kuratif seperti kesehatan perorangan, obat dan kesehatan masyarakat atau Puskesmas. Sementara belanja-belanja kesehatan yang bersifat preventif masih belum memadai.



## E. Memerangi HIV/AIDS

Perkembangan kasus HIV/AIDS di Indonesia sendiri sudah sampai pada tingkat yang mengawatirkan. Berdasarkan catatan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI (Ditjen PP & PL), sampai dengan 30 juni 2006 kasus HIV/AIDS secara kumulatif telah mencapai angka 10.859 kasus dengan rincian 6.332 jiwa penderita AIDS dan 4.527 jiwa pengidap HIV<sup>5</sup>. Sampai akhir September 2008, Departemen Kesehatan mencatat 21.151 orang di Indonesia terinfeksi HIV, 15.136 orang dalam fase AIDS, dan 54,3 persen di antaranya kaum muda berusia 15-29 tahun<sup>6</sup>.

Ironisnya, prosentase tertinggi terdapat pada usia produktif (54,12% kelompok usia 20-29 tahun dan sekitar 26,41% pada kelompok usia 30-39 tahun disusul kelompok umur 40-49 tahun sebesar 8,42%)<sup>7</sup>.

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

Secara nasional ahli epidemiologi dalam kajiannya memproyeksikan bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan, maka pada 2010 jumlah kasus AIDS akan menjadi 400.000 orang dengan kematian 100.000 orang pada 2015 menjadi 1.000.000 orang dengan kematian 350.000 orang. Sedangkan penularan dari ibu ke anak akan mencapai 38.500 kasus<sup>8</sup>.

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

---

<sup>5</sup> Radio Netherlands Worldwide, Deny Riana, 2006

<sup>6</sup> Kompas, 2 Desember 2008

<sup>7</sup> Ibid

<sup>8</sup> Penanggulangan HIV/AIDS Butuh Kepedulian Pemimpin, Jones Oroh tahun 2008

## **Kebijakan Alokasi Anggaran HIV dan AIDS**

Menurut catatan KPA Nasional, alokasi anggaran untuk HIV dan AIDS bersumber dari APBN adalah sebesar Rp 105 miliar pada tahun 2006 dan mengalami peningkatan sebesar Rp 115 miliar pada tahun 2007<sup>9</sup>. Sedangkan total APBD Propinsi juga mengalami peningkatan dari 8 miliar rupiah pada tahun 2004 menjadi 57 miliar rupiah tahun 2007. Diikuti juga dengan KPA di kabupaten/Kota dari total anggaran 3,7 miliar rupiah tahun 2005, 14 miliar tahun 2006 menjadi Rp 19 miliar tahun 2007. Walaupun demikian, jumlah alokasi anggaran tersebut masih belum dapat memenuhi kebutuhan program penanggulangan AIDS di masing-masing daerah, mengingat jumlah penderita setiap tahunnya selalu meningkat. Yang lebih menyedihkan adalah alokasi anggaran untuk HIV dan AIDS tidak dialokasikan dari dana rupiah murni, namun lebih banyak dana bersumber dari mitra internasional yang tersedia hingga pemutakhiran akhir tahun 2007, antara lain sebagai berikut;

1. USAID: USD 9,887,08 (1 oktober 2007 – 30 september 2008). Dana dialirkan melalui proyek Aksi Stop AIDS (ASA) yang dilaksanakan oleh LSM Internasional: Family Health International (FHI). Dana yang digunakan tahun 2007 adalah 9,234,395 termasuk proyek Health Policy Initiative.
2. AusAID: AUD 45 juta selama 5 tahun (maret 2008 – Februari 2013) dengan kemungkinan diperpanjang 3 tahun. Dana disalurkan melalui proyek HIV Cooperation Program for Indonesia (HCPI)
3. IPF (The Indonesia Partnership Fund): sejumlah USD 9,255,148 untuk tahun 2008. Sumber dana IPF hingga saat ini adalah DFID (Departement for International Development), Government of United Kingdom, yang manajemennya dikontrakkan melalui UNDP. IPF dimulai bulan Mei 2005 dengan total dana USD 47 juta selama 3 tahun. Pada awal proyek berlangsung sejumlah dana sudah dialirkan di beberapa fund sebesar 49,7 juta. Sedangkan dana IPF yang digunakan untuk Sekretariat KPA Nasional untuk memperkuat akselerasi di 100 Kabupaten/Kota adalah sebesar USD 14,542,239 pada tahun 2007.
4. Global Fund – ATM Round 4 Phase 2: USD 27,376,441 untuk Indonesia Comprehensive Care Project. Sementara dana GF yang digunakan pada tahun 2007 adalah USD 3,656,642 melalui GF Round 1 Phase 2 dan F Round 4 Phase 1
5. UE: Euro 3,722,825 (Desember 2005 – Januari 2011) dalam proyek Integrated Management for Prevention and Control dan Treatment of HIV/AIDS (IMPACT), yang dilaksanakan di Bandung, Jawa Barat.

---

<sup>9</sup> Data diperoleh dari 13 kementerian/lembaga negara

## **F. Memastikan Kelestarian Lingkungan**

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

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

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

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

### **Kebijakan Alokasi Anggaran**

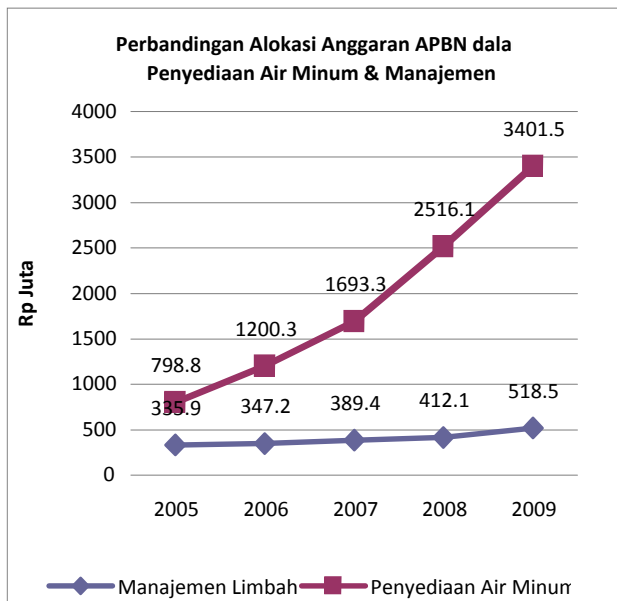
Dalam APBN tahun 2005, alokasi untuk lingkungan hidup dianggarkan sebesar 3,1 M. Namun kegiatan program untuk penanganan limbah hanya dianggarkan sebesar Rp 335,9 juta saja. Alokasi tersebut dari tahun ke tahun mengalami peningkatan namun tidak terlalu signifikan. Data APBN 2009, alokasi untuk Lingkungan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

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

Anggaran untuk sanitasi tersebut, hanya 1/214 dari anggaran subsidi BBM. Selain lemahnya visi menyangkut sanitasi, terlihat pemerintah belum melihat anggaran untuk perbaikan

sanitasi ini sebagai investasi, tetapi masih melihat sebagai biaya (cost).

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



### Tantangan Kedepan Pemerintah

Pemerintah dalam 30 tahun terakhir, baru bisa memenuhi anggaran sekitar

10% yaitu sekitar 820 juta dolar AS untuk sanitasi dan hanya Rp 200/orang/tahun untuk setiap penduduk. Padahal kebutuhan minimal agar akses terhadap sanitasi memadai dibutuhkan sekitar Rp 47.000.per/orang/tahun<sup>10</sup>. Dan menurut versi Bank Pembangunan Asia, memerlukan Rp 50 triliun untuk mencapai target MDGs 2015, dengan 72,5% penduduk akan terlayani oleh fasilitas air bersih dan sanitasi dasar.

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

Dalam pencapaian target MDGs adalah terlayannya 50% masyarakat yang belum mendapat akses air bersih. Jelas tantangan ini sangat berat apalagi diketahui bahwa cakupan pelayanan baik di perkotaan maupun pedesaan masih sangat rendah dan mengakibatkan kecenderungan meningkatnya angka penyakit terkait air dan menurunnya kualitas air tanah dan air permukaan sebagai sumber air baku untuk air minum.

<sup>10</sup> Departemen Kesehatan