



UNIVERSITAS INDONESIA

**PROSPEK *MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS* SEBAGAI SUATU KOMITMEN
GLOBAL DALAM MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN DUNIA TAHUN 2015
(STUDI KASUS PADA KEGAGALAN PENCAPAIAN MDGS TUJUAN 5A DI
INDONESIA PADA TAHUN 2007 – 2010)**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sosial
di Universitas Indonesia**

Tubagus Ari Wibawa Mukti

0806322975

**DEPARTEMEN ILMU HUBUNGAN INTERNASIONAL
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK

JUNI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas skripsi ini adalah hasil karya diri saya sendiri,
dan semua sumber yang baik dirujuk maupun dikutip
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Tubagus Ari Wibawa Mukti

NPM : 0806322975

Tanda Tangan :



Tanggal : 11 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

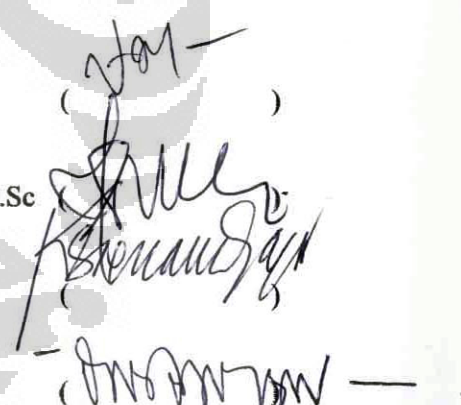
Nama : Tubagus Ari Wibawa Mukti
 NPM : 0806322975
 Program Studi : ILMU HUBUNGAN INTERNASIONAL
 Judul Skripsi :

“Prospek Millennium Development Goals Sebagai Suatu Komitmen Global Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Dunia Tahun 2015 (Studi Kasus pada Kegagalan Pencapaian MDG Tujuan 5A di Indonesia pada Tahun 2007 – 2010)”

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Sosial pada Program Studi Ilmu Hubungan Internasional, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Sidang : Utaryo Santiko, S.Sos., M.Si
 Sekretaris : Ardhyta Eduard Yeremia, S.Sos. M.Sc
 Penguji Ahli : Kemal Soeriwidjaja, S.Hum
 Pembimbing : Dwi Ardhanariswari, S.Sos. MA



Ditetapkan di : Depok
 Tanggal : 13 Juni 2012

UNIVERSITAS INDONESIA

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan atas ke hadirat Allah SWT atas rahmat serta hidayahNya, dan segala berkahNya hingga saya dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini tepat waktu. Skripsi ini merupakan syarat untuk mencapai gelar Sarjana Sosial dari Fakultas Ilmu Politik dan Ilmu Sosial Universitas Indonesia.

MDGs merupakan suatu bentuk rezim internasional yang memiliki delapan tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan global dan menyelesaikan masalah sosial lainnya. Masalah yang paling dominan adalah bidang kesehatan, dimana setidaknya terdapat 3 tujuan MDGs yang terkait kesehatan salah satunya kesehatan ibu. Di Indonesia masalah kematian ibu masih begitu berat, setiap tahun terdapat 20.000. Berdasarkan pencapaian MDGs masih terdapat 228/100.000 kelahiran, angka tersebut masih jauh dari angka pada MDGs tujuan 5A tahun 2015 yaitu 102/100.000 kelahiran. Sehingga dibutuhkan suatu kebijakan dan aksi percepatan untuk dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia dan mencapai MDGs.

Maka penelitian ini akan menganalisis mengapa MDGs tujuan 5A sebagai suatu komitmen global dalam mewujudkan kesejahteraan dunia gagal tercapai di Indonesia pada tahun 2007 – 2010. Analisis akan dilakukan melalui konsep modal sosial pada implementasi MDGs sebagai rezim internasional, analisis tersebut dilakukan melalui konsep *Triple Helix* pada upaya pencapaian MDGs tujuan 5A. Setelah itu dilihat pola interelasi modal sosial antar aktor *Triple Helix*.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kelemahan dan kekurangan dalam skripsi ini baik secara teknis maupun substansi. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik maupun saran yang membangun dan dapat memperkaya penelitian ini. Pada akhirnya, penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pihak yang bersangkutan.

Depok, 27 Desember 2011

Tubagus Ari Wibawa Mukti

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan memanjatkan puji syukur atas ke hadirat Allah SWT yang senantiasa memberikan rahmat serta hidayahnya kepada penulis dalam segala kondisi terutama pada masa perkuliahan. Melalui ridho dan berkatNya lah penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Selain itu, penulis juga ingin berterima kasih sedalam-dalamnya terhadap pihak-pihak yang telah membantu dalam penulisan skripsi ini, yaitu:

1. Dwi Ardhanariswari, S.Sos. MA selaku pembimbing penulis atas kesediaannya dan kesabarannya dalam membimbing di waktu yang singkat dan telah menyediakan waktu di tengah segala kesibukannya. Terima kasih atas segala ilmu yang telah dicurahkan untuk dapat membantu membangun alur dan logika penelitian ini. Melalui bimbingan beliau terkait substansi mengenai MDGs dan Masyarakat Transnasional, penulis telah mendapatkan pemahaman substansi yang begitu berharga. Sehingga dapat menyelesaikan penulisan ini.
2. Utaryo Santiko, S.Sos., M.Si, selaku ketua sidang, terima kasih atas segala kritik dan sarannya pada sidang skripsi yang sangat berguna dalam menyempurnakan skripsi penulis.
3. Kemal Soeriawidjaja, S.Hum selaku *Representative* CCPHI, terima kasih atas saran dan bimbingannya dalam konsultasi dan *interview* konten penulisan skripsi. Berkat masukan dari beliau, penulis mendapatkan materi komprehensif dari sudut pandang dunia bisnis yang sangat diberguna. Penulis juga mengucapkan terima kasih atas kesediaan beliau menjadi Penguji Ahli pada sidang skripsi tanggal 13 Juni 2012.
4. Prof. Dr Nila Moeloek selaku Utusan Khusus Presiden untuk MDGs, terima kasih atas saran dan bimbingannya dalam konsultasi dan *interview* konten penulisan skripsi.

5. Andi Widjajanto, Ph.D selaku ketua program S1 Hubungan Internasional. Terima kasih atas segala masukannya pada saat sidang *outline* yang sangat berguna bagi penulisan skripsi penulis.
6. Dra. Suzie S. Sudarman MA selaku pembimbing akademis penulis. Terima kasih atas segala masukan dan arahan dalam menjalani perkuliahan di Hubungan Internasional Universitas Indonesia.
7. Drs. Fredy B.L Tobing, M.Si selaku dosen SPM, terima kasih atas dukungannya dalam menjalani program percepatan dan atas keramahannya dalam menjawab segala pertanyaan penulis. Berkat dukungannya penulis menjadi percaya diri untuk terus melanjutkan penulisan ini.
8. Dosen-dosen pengajar *cluster* Masyarakat Transnasional seperti Mbak Riris, Mbak Amel, Mbak Ani, Mbak Nurul, Mbak Kintan, Mas Andreas, Mas Ananta, dll. Terima kasih atas segala ilmu yang telah diajarkan. Segala ilmu yang diajarkan telah membantu penulis dalam memahami dinamika dan fenomena Masyarakat Transnasional.
9. Seluruh petugas Administrasi di Fakultas dan Jurusan yang telah dengan sabar membantu selama proses perkuliahan sampai dengan pengurusan sidang skripsi dan wisuda.
10. Kedua orang tua penulis yaitu Tubagus Dony Sugihmukti dan Soniawati. Terima kasih atas segala doa, kasih sayang, dukungan, dan kepercayaan kepada penulis. Penulis mempersembahkan skripsi ini kepada orang tua yang paling penulis cintai.
11. Kakak dan adik penulis yaitu Tubagus Adi Satria yang telah secara khusus memberikan dukungan dan perhatian kepada penulis melalui diskusi untuk memperkuat dan memperkaya penulisan. Ratu Ghia Vania Utami sebagai kakak yang secara terus menerus memberikan kasih sayang dan dukungan bagi penulis dalam menyelesaikan penulisan ini, dan Tubagus Rahmat Adrian yang telah memberikan dukungan dan menjadi teman yang baik pada saat penulis merasakan kebosanan.
12. Sahabat terbaik penulis, yaitu M. Charles Ringgo Firdaus dan Bagus Wira Reza yang telah menjadi teman terbaik yang selalu ada disaat senang dan

susah. Keberadaan mereka membuat penulis sadar bahwa penulis selalu memiliki tempat terbaik yang hangat keluarga dalam keadaan apapun.

13. Terima kasih kepada teman terdekat angkatan 2008: Yanuar Priambodo, OK Fachru Hidayat, M. Iqbal Fazarullah Harahap, Zhahwa Chadijah Ramadhani, Citra Nandini, Tengku Iari Vehuliza, Raden Ajeng Annisa Nirbito, Dwi Indah Mardiyanti, Shirley Simarmata, Aria Rahadyan, Adi Pratama, Lesly Gijsbert Christian Hosang, Natalia Ria Lucky, Nicko Novito, Agung Pamungkas, Abdul Kohar, Gita Widhasmara, Kun Rizki Putranto, Dafy Rahadi Putra Sarmanella, Riza Aryani, Avina Nadhila, Sri Rezeki, Pra Ulpa Ritonga, Mindo Stevi, Tulus Bangun, Yonathan Susilo, Arya Johari, dan seluruh teman-teman HI 2008. Terima kasih atas doa, dukungan, perhatian, dan kebersamaan selama masa perkuliahan, masa-masa bersama kalian tidak akan pernah penulis lupakan. Penulis berharap hubungan baik dan dekat selalu terjaga diantara HI 2008, sampai tua nanti.
14. Senior HI 2007 yang selalu mendukung penulis sejak masa awal perkuliahan sampai dengan penulisan skripsi.
15. Teman-teman angkatan 2009 yang selalu memberikan suasana ceria di kampus: Mikha, Ryan, Pandu, Rizki Yuniarini, dll.
16. Teman-teman angkatan 2010 yang selalu mendukung dan memberikan suasana ceria di kampus: Carol, Santi, Mireille Marcia, Tia, Nadira, Uli, Binar, Clara, Abiet, Irfan, dll.
17. Teman-teman angkatan 2011 yang selalu mendukung dan memberikan suasana ceria di kampus: Gita, Yassed, Aska, Agatha, dll.
18. Marializia Abdullah Sadig, sahabat dan teman special terbaik. Terima kasih untuk kesabarannya dan perhatiannya dalam mendengar keluh kesah penulis, untuk waktunya yang telah diluangkan untuk menemani penulis, untuk kata-kata penyemangatnya dan perhatiannya yang selalu membuat penulis optimis, dan untuk kepekaannya dalam selalu mengetahui apa yang dibutuhkan penulis.

Depok, 11 Juni 2012

Tubagus Ari Wibawa Mukti

UNIVERSITAS INDONESIA

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tubagus Ari Wibawa Mukti
NPM : 0806322975
Program Studi : S1-Reguler Ilmu Hubungan Internasional
Departemen : Ilmu Hubungan Internasional
Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“*Prospek Millennium Development Goals* Sebagai Suatu Komitmen Global Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Dunia Tahun 2015 (Studi Kasus pada Kegagalan Pencapaian MDG Tujuan 5A di Indonesia pada Tahun 2007 – 2010)”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas karya akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 11 Juni 2012

Yang menyatakan



Tubagus Ari Wibawa Mukti

ABSTRAK

Nama : Tubagus Ari Wibawa Mukti

Program Studi : Ilmu Hubungan Internasional

Judul :

“Prospek *Millennium Development Goals* Sebagai Suatu Komitmen Global Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Dunia Tahun 2015 (Studi Kasus pada Kegagalan Pencapaian MDGs Tujuan 5A di Indonesia pada Tahun 2007 – 2010)”

MDGs merupakan suatu bentuk rezim internasional dalam pembangunan kesejahteraan global yang ditandatangani di tahun 2000. Fokus utama dari MDGs adalah untuk meningkatkan kesejahteraan global di tahun 2015 – termasuk penurunan kemiskinan, peningkatan kesehatan, dan isu sosial lainnya. Namun, dalam upaya pencapaian MDGs di Indonesia menemui berbagai tantangan diantaranya tingginya jumlah dan pertumbuhan penduduk, rendahnya tingkat dan akses kesehatan, dan kelembagaan. Penelitian ini memfokuskan pada tantangan kelembagaan yang menyebabkan gagalnya pencapaian MDGs tujuan 5A (menurunkan angka kematian ibu) di Indonesia pada tahun 2007 – 2010, belum selarasnya interaksi kepentingan antar aktor *Triple Helix* yaitu pemerintah, dunia bisnis dan akademisi, sehingga sulit untuk membangun modal sosial. Perbedaan pemahaman dari ketiga pihak dalam konsep *triple helix* jelas tampak terjadi dan berdampak negatif terhadap upaya-upaya pencapaian MDGs tujuan 5A, karena kepentingan masing-masing pihak untuk mencapai tujuannya masih terasa kental. Kepercayaan, hubungan timbal balik, serta pelibatan partisipasi aktif pihak diluar pemerintah menjadi faktor yang sangat penting untuk membangun modal sosial tersebut. Suatu rezim internasional tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya jika hanya dilakukan dengan melibatkan unsur pemerintah dari negara-negara peserta rezim tersebut. Perlu adanya keterlibatan partisipasi publik di negara-negara peserta secara luas.

Kata kunci: MDGs, Kematian Ibu, Kegagalan Pencapaian MDGs tujuan 5A, Triple Helix, dan Modal Sosial Pada Proses Pembangunan.

ABSTRACT

Name : Tubagus Ari Wibawa Mukti

Study Program : International Relations

Title :

"The prospect of the Millennium Development Goals as a Global Commitment to Achieving Global Prosperity in 2015 (Case Study: Failures in Achieving the MDGs goal 5A in Indonesia on 2007 to 2010)"

MDGs is a form of international regime of global prosperity development, signed by 189 states on year 2000. The main focus of the MDGs is to increase global welfare in 2015, such as poverty reduction, health improvement, and other social issues. However, in the process of achieving MDGs in Indonesia it meets various challenges – including the high number and population growth, low quality level of health and disparity of access to healthcare, and institutional. This thesis focuses on the institutional challenges that led to the failure of achieving MDGs goal 5A (reducing maternal mortality) in Indonesia on 2007 to 2010.

The relations between Triple Helix's actors (government, business, and academia) hasn't reached into harmonizing point because of clash of interest between actors, which it makes difficult to build a social capital. Different understanding of the Triple Helix's actors obviously occur and negatively impact the efforts to achieve the MDGs goals 5A, because the interests of each actor to achieve its own interests are still strong. Trust, reciprocity, and participation from outside of government become a very important factor for building social capital. An international regime can not work properly if it is only done with the involvement of government, instead it needs the involvement of public participation in the participating countries to achieve the goals of an international regime.

Key words: MDGs, Maternal Health, Failure in achieving MDGs Goal 5A, Triple Helix, and Social Capital in development Process.

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GRAFIK	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB 1	1
PENDAHULUAN.....	1
I.1 Latar Belakang Permasalahan	1
I.2 Rumusan Permasalahan	7
I.3 Tinjauan Pustaka	8
I.4 Kerangka Pemikiran.....	14
I.4.1 Definisi Konseptual: MDGs Sebagai Bentuk Rezim Internasional..	14
I.4.2 Konsep Modal Sosial Sebagai Dasar Mekanisme Implementasi Rezim Internasional	16
I.4.3 Konsep <i>Triple Helix</i> Sebagai Bentuk Aplikasi Mobilisasi Modal Sosial.....	22
I.5 Operasionalisasi Konsep	26
I.6 Asumsi dan Hipotesis Penelitian.....	28
I.7 Metodologi Penelitian	29
I.8 Rencana Pembabakan Skripsi	33
I.9 Tujuan dan Signifikansi Penelitian	34
BAB II	36
TANTANGAN DALAM PENCAPAIAN MDG TUJUAN 5A DI INDONESIA	36
II.1. Laju Pertambahan Penduduk dan Jumlah Penduduk yang Besar	36
II.1.1 Tingkat Kesuburan atau <i>Total Fertility Rate</i> (TFR) di Indonesia ...	36
II.1.2 Pemakaian Kotrasepsi atau <i>Contraceptive Prevalence Rate</i> (CPR) yang Masih Rendah di 33 Provinsi	38
II.1.3 <i>Unmet Need</i> Masih Tinggi.....	39
II.1.4 Pengetahuan dan Kesadaran Remaja dan Pasangan Usia Subur Tentang KB dan Kesehatan Reproduksi Masih Rendah	40
II.1.5 Partisipasi Keluarga dalam Pengasuhan dan Pembinaan Tumbuh Kembang Anak dan Remaja Belum Optimal.....	41
II.1.6 Pembinaan dan Kemandirian Peserta KB Belum Optimal.....	41
II.1.7 Kapasitas Kelembagaan Program KB Masih Terbatas	41
II.1.8 Kebijakan Pengendalian Penduduk Belum Sinergis	42
II.1.9 Ketersediaan dan Kualitas Data Kependudukan Masih Terbatas....	42
II.2 Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Rendah	43

II.2.1 Status Kesehatan Ibu yang Masih Rendah	43
II.2.2 Ketersediaan Tenaga Kesehatan Masih Terbatas	44
II.2.3 Ketersediaan dan Pengawasan Obat dan Makanan Masih Terbatas	46
II.2.4 Pembiayaan Kesehatan Untuk Memberikan Jaminan Perlindungan Kesehatan Masyarakat Masih Terbatas.....	48
II.2.5 Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pembangunan Kesehatan Belum Optimal.....	49
II.2.6 Manajemen Pembangunan Kesehatan Belum Efektif	50
II.2.7 Kesenjangan Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat Antar Wilayah dan Tingkat Sosial Ekonomi Masih Lebar.....	52
II.2.8 Akses Masyarakat Terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Masih Rendah	52
II.3 Implementasi MDG Tujuan 5A di Indonesia	55
II.3.1 Peran Penting Modal Sosial	55
II.3.2 Masalah Institusional.....	58
II.3.3 Kebutuhan akan <i>Triple Helix</i>	59
BAB III.....	61
ANALISIS PERAN <i>TRIPLE HELIX</i> DALAM PENCAPAIAN MDG TUJUAN 5A DI INDONESIA PADA TAHUN 2007 – 2010.....	61
III.1 <i>Triple Helix</i> Sebagai Aplikasi Mobilisasi Modal Sosial	61
III.2 Peran Aktor <i>Triple Helix</i> Dalam Implementasi MDGs Tujuan 5A.....	62
III.2.1 Peran Pemerintah dalam <i>Triple Helix</i>	62
III.2.1.1 Upaya Pemerintah: Kesehatan Ibu Sebagai Prioritas Pembangunan Nasional.....	64
III.2.1.1.1 RPJMN ke-1 Periode 2005 – 2009	65
III.2.1.1.2 RPJMN ke-2 Periode 2010 – 2014	67
III.2.1.2 Peran Kantor Utusan Presiden RI (KUKPRI) untuk MDGs dalam Penurunan Tingkat Kematian Ibu.....	69
III.2.1.3 Peran Kementerian Kesehatan	70
III.2.2 Dunia Bisnis	71
III.2.2.1 Peran Dunia Bisnis Dalam Pembangunan Perekonomian	71
III.2.2.2 Peran Dunia Bisnis Dalam <i>Triple Helix</i> Melalui CSR....	72
III.2.2.3 Studi Kasus Peran PT. Pertamina (Persero) Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu	74
III.2.2.4 Studi Kasus Kraft Foods Inc. Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu.....	77
III.2.3 Akademisi	80
III.2.3.1 Peran Akademisi Mengembangkan Inovasi Dalam <i>Triple Helix</i>	80
III.2.3.2 Peran Pusat Kajian Kesehatan Universitas Indonesia.....	83
III.2.3.3 Peran Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI)	84
III.3 Analisis Unsur-unsur Modal Sosial Pada Aktor <i>Triple Helix</i> Dalam Upaya Pencapaian MDG Tujuan 5A di Indonesia Pada Tahun 2007 – 2010.....	86
III.3.1 Kepercayaan (<i>Trust</i>).....	86
III.3.1.1 Pemerintah	86
III.3.1.2 Dunia Bisnis.....	89

III.3.1.3 Akademisi	91
III.3.2 Partisipasi (<i>Participation</i>)	93
III.3.2.1 Pemerintah	93
III.3.2.2 Dunia Bisnis	96
III.3.2.3 Akademisi	98
III.3.3 Timbal Balik (<i>Reciprocity</i>)	100
III.3.3.1 Pemerintah	100
III.3.3.2 Dunia Bisnis	103
III.3.3.3 Akademisi	106
III.3.4 Analisis Unsur-unsur Modal Sosial Pada Aktor Triple Helix.....	108
III.3.4.1 Pemerintah Kepada Dunia Bisnis.....	109
III.3.4.2 Pemerintah Kepada Akademisi	110
III.3.4.3 Dunia Bisnis Kepada Pemerintah.....	111
III.3.4.4 Dunia Bisnis Kepada Akademisi	112
III.3.4.5 Akademisi Kepada Pemerintah.....	113
III.3.4.6 Akademisi Kepada Dunia Bisnis	114
III. 3.5 Analisis Pola Interelasi Modal Sosial Antar Aktor Triple Helix Pada Implementasi MDGs Tujuan 5A di Indonesia	115
III.3.5.1 Pemerintah dengan Dunia Bisnis	117
III.3.5.2 Dunia bisnis dengan Akademisi.....	118
III.3.5.3 Akademisi dengan Pemerintah.....	119
III.3.5.4 Analisis Pola Interelasi Modal Sosial	119
III.3.6 Analisis Peran Penting Modal Sosial dalam Suatu Rezim Internasional.....	121
BAB IV	124
PENUTUP.....	124
IV.1 Kesimpulan	124
IV.2 Saran	130
DAFTAR PUSTAKA	132

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Tujuan dan Sasaran MDGs.....	1
Tabel 1.2. Spektrum Tipologi Modal Sosial	21
Tabel 1.3. Operasionalisasi Variabel.....	27
Tabel 3.1. Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat Tahun 2004 – 2009.....	66
Tabel 3.2 Modal Sosial Pada Aktor <i>Triple Helix</i>.....	108

DAFTAR GRAFIK

Grafik 2.1. Tingkat TFR di 33 Provinsi Tahun 2007.....	37
Grafik 2.2. Tingkat CPR di 33 Provinsi Tahun 2007	39
Grafik 2.3. <i>Unmet Need</i> di 33 Provinsi Pada Tahun 2007	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Konsep Dasar Triple Helix	22
Gambar 1.2. Model Analisis Sederhana.....	28
Gambar 2.5. Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk	45
Tahun 2004 – 2008	45
Gambar 3.1. Pola Interelasi Modal Sosial Ideal.....	117
Gambar 3.2 Pola Interelasi Modal Sosial Aktual.....	121
Gambar 3.2 Kebijakan Publik dan Modal Sosial	123

BAB 1

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Permasalahan

Pada September tahun 2000, dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Millennium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sebanyak 189 negara anggota PBB sepakat untuk menandatangani Deklarasi Milenium yang kemudian dijabarkan dalam kerangka praktis Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millennium Development Goals* (MDGs).¹ MDGs yang menempatkan pembangunan manusia sebagai fokus, memiliki tenggat waktu 2015 dan indikator kemajuan yang terukur. Secara garis besar MDGs dibuat untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dunia dengan menciptakan kerjasama global. Setelah itu dibentuk *Millenium Project* oleh PBB yang merekomendasikan sebuah rencana global untuk mencapai MDGs pada tahun 2015.² Deklarasi ini menghasilkan 8 tujuan MDGs, yaitu:

Tabel 1.1. Tujuan dan Sasaran MDGs³

Tujuan	Sasaran
1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan	A. Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya dibawah 1 dolar perhari dan menderita kelaparan menjadi setengahnya antara tahun 1990 – 2015. B. Menyediakan seutuhnya pekerjaan yang produktif dan layak terutama untuk perempuan dan kaum muda C. Menurunkan hingga setengah proporsi penduduk yang menderita kelaparan.
2. Mencapai pendidikan	A. Memastikan bahwa pada tahun 2015 semua anak laki-laki atau wanita dapat menyelesaikan

¹ *The Millennium Development Goals (MDGs) and Disability*, Diakses dari <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1470> (16/02/2012), pada pukul 17.35 WIB.

² *UN Millenium Project*, diakses dari <http://www.unmilleniumproject.org> (16/02/2012), pada pukul 17.48 WIB.

³ BAPPENAS, *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millennium di Indonesia*, (Jakarta: BAPPENAS, 2010), hal. 3.

dasar bagi semua	pendidikan dasar.
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan	A. Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015.
4. Menurunkan angka kematian anak	A. Menurunkan angka kematian Balita, bayi dan neonatus pada tahun 1990 – 2015 sebanyak dua pertiganya, dan meningkatkan cakupan imunisasi campak
5. Meningkatkan kesehatan ibu	A. Menurunkan angka kematian ibu tahun 1990 – 2015 sebanyak tiga seperempatnya. B. Mencapai akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015
6. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya	A. Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan akses terhadap pelayanan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan. B. Menurunkan angka kejadian malaria dan penyakit menular lainnya
7. Memastikan kelestarian lingkungan hidup	A. Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan hilangnya sumber daya lingkungan yang hilang. B. Mengurangi laju hilangnya keragaman hayati, dan mencapai pengurangan yang signifikan pada 2010 C. Menurunkan proporsi masyarakat yang tidak mendapatkan air minum yang aman dan sanitasi dasar yang baik pada tahun 2015 sebanyak setengahnya. D. Menciptakan perbaikan yang signifikan paling tidak pada 100 juta penghuni perkampungan kumuh pada tahun 2015
8. Menciptakan kerjasama global dalam pembangunan	A. Mengembangkan sistem perdagangan dan keuangan yang terbuka, berdasar pada peraturan dan non-diskriminatif - termasuk komitmen terhadap sistem pemerintahan yang baik, dan penanggulangan kemiskinan - ditingkat nasional dan internasional B. Penanggulangan masalah pinjaman luar negeri melalui upaya nasional maupun internasional dalam rangka pengelolaan utang luar negeri yang berkelanjutan dan berjangka panjang C. Bekerjasama dengan sektor swasta dalam memanfaatkan teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi

Sumber: BAPENNAS, *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Milenium di Indonesia*, 2010

Saat ini, tersisa waktu sekitar 3 tahun bagi negara berkembang anggota PBB, untuk menyelesaikan dan mengupayakan pencapaian 8 tujuan Pembangunan Millenium terkait pengurangan kemiskinan, pencapaian pendidikan dasar, kesetaraan gender, perbaikan kesehatan ibu dan anak, pengurangan prevalensi penyakit menular, pelestarian lingkungan hidup, dan kerjasama global. MDGs yang didasarkan pada konsensus dan kemitraan global ini, juga menekankan kewajiban negara maju untuk mendukung penuh upaya tersebut.

Menurut Ketua Divisi Percepatan Pencapaian MDGs PB IDI,⁴ jika MDGs dapat tercapai akan meningkatkan kesejahteraan global dengan indikasi lebih dari 500 juta orang yang terangkat dari kemiskinan, 250 juta orang tidak akan menderita kelaparan, 30 juta anak dan 2 juta ibu yang diperkirakan akan mati akan terselamatkan. Tiga ratus lima puluh juta orang yang tidak bisa mendapatkan air bersih dan 650 juta orang yang tidak bisa mendapat sanitasi yang baik akan mendapatkan kesehatan yang lebih baik. Ratusan wanita akan banyak yang dapat bersekolah, berperan dalam politik dan ekonomi. MDGs ini sangat penting artinya karena didukung secara penuh dan komprehensif untuk mengurangi tingkat kemiskinan dunia ditahun 2015.

Sudah cukup banyak negara yang mendapat keuntungan dari MDGs ini. Antara tahun 1981 – 2001 jumlah orang yang hidup di garis kemiskinan menurun dari 1,5 miliar ke 1,1 miliar. Antara tahun 1990 – 2001, mortalitas balita menurun dari 103 kematian per 1000 kelahiran hidup/tahun menjadi 88 kematian per 1000 kelahiran hidup/tahun. Peningkatan 8% rakyat di negara berkembang bisa mendapatkan air bersih dan peningkatan 15% rakyat bisa mendapatkan sanitasi yang baik.

Namun, dalam proses perjalanan pencapaian MDGs terdapat berbagai tantangan yang harus dihadapi. Menurut sensus penduduk tahun 2010, penduduk Indonesia saat ini telah mencapai 237,5 juta jiwa – bahkan menurut *Human Development Report 2011* telah mencapai 247 juta jiwa (terbesar keempat di

⁴ Rachmat Sentika, *Millenium of Development Goals*, (Jakarta: PB IDI, 2011).

dunia).⁵ Tingginya jumlah penduduk jelas akan berdampak pada munculnya masalah sosial di Indonesia, salah satunya adalah kesehatan.

Tantangan terbesar pada sektor kesehatan di Indonesia saat ini adalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Setiap tahun sekitar 20.000 perempuan di Indonesia meninggal akibat komplikasi dalam persalinan.⁶ Melahirkan seyogyanya menjadi peristiwa bahagia tetapi seringkali berubah menjadi tragedi. Sebenarnya, hampir semua kematian tersebut dapat dicegah. Oleh karena itu, melalui pencapaian MDGs khususnya pada tujuan kelima MDGs yaitu peningkatan kesehatan ibu diarahkan agar masalah-masalah yang memicu dan mengakibatkan kematian ibu dapat ditanggulangi untuk dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia sesuai dengan tujuan kelima tersebut.

MDG tujuan 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu. Pada target 5A yaitu menurunkan angka kematian ibu hingga tiga perempat dalam kurun waktu 1990 – 2015 yang memiliki dua indikator yaitu: (5.1) Angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, dan (5.2) Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih (%). Berdasarkan Laporan Pencapaian Pembangunan Milenium Indonesia tahun 2010, pada target 5A (5.1) angka kematian ibu telah menurun dari 390 (1991) menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007).⁷ Namun, angka tersebut masih sangat jauh dari target MDG tujuan 5A 2015 yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup – sehingga status MDG tujuan 5A adalah “*diperlukan kerja keras untuk tercapai*”. Berdasarkan laporan tahun 2010 tersebut, pada target 5A (5.2) proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih juga telah mengalami kemajuan dari tahun 1992 sebesar 40,70% menjadi 77,34% (Susenas, 2009). Walaupun pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih cukup tinggi, beberapa faktor seperti risiko tinggi pada saat kehamilan dan aborsi perlu mendapat perhatian.

Status dan kondisi pencapaian MDG tujuan 5 tersebut diatas menunjukkan tingginya urgensi percepatan pencapaian MDGs di Indonesia. Namun, prospek pembangunan manusia di Indonesia seringkali menghadapi berbagai masalah,

⁵ KEMENKOKESRA, *Human Development Index*, (Jakarta: UNDP, 2011).

⁶ Peter Stalker, *Millennium Development Goals*, (Jakarta: BAPPENAS, 2008), hal. 20.

⁷ BAPPENAS, *Op. Cit.*, hal. 36.

seperti kurangnya komitmen *stakeholders* dan kurangnya pemahaman terhadap MDGs di tingkat lokal.

Sebagai suatu komitmen global, MDGs dirasakan sulit dicapai karena strategi pencapaiannya harus melewati dinamika ekonomi, sosial, politik, dan budaya global. Menurut Easterly (2009):⁸

“The MDGs only content is that certain outcomes should be achieved by 2015, but all of these outcomes depend on many other factors besides government actions. The MDGs will go down in history as a success in global consciousness-raising, but a failure in using that consciousness for its stated objectives.”

Sebagaimana tertulis diatas Easterly menganggap substansi MDGs dapat dicapai hanya bila pemerintah bergantung kepada banyak faktor lain selain upaya pemerintah itu sendiri.⁹ Dalam hal ini pemerintah negara-negara berkembang seringkali hanya bekerja sendiri tanpa upaya melibatkan masyarakat termasuk dunia bisnis dan akademisi.

Pada kenyataannya berbagai kampanye MDGs di Indonesia maupun di negara berkembang lainnya hanya sampai pada tataran menarik perhatian publik tetapi tidak pada aksi bersama. Upaya intervensi kebijakan di lapangan cenderung dilakukan antar maupun internal sektor pemerintah. Hal inilah yang pada akhirnya memunculkan anggapan bahwa MDGs mungkin hanya akan tercatat dalam sejarah sebagai kesuksesan dalam hal kemampuannya meningkatkan perhatian dunia terhadap isu-isunya.¹⁰

Disisi lain tanpa ada keterlibatan *civil society* termasuk dunia bisnis dan akademisi didalamnya secara bersama dalam mencapai MDGs, maka kampanye MDGs hanya akan tercatat sebagai kegagalan dunia dalam mencapai tujuannya.¹¹ Hal ini merupakan salah satu fakta betapa pentingnya sinergi kemitraan pemerintah dengan melibatkan unsur masyarakat dalam pelaksanaan MDGs.

⁸ *It's Over: The Tragedy of the Millennium Development Goals*, diakses dari http://www.huffingtonpost.com/william-easterly/its-over-the-tragedy-of-t_b_226120.html (14/2/2012), pada pukul 13.37 WIB.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Rachmat Sentika dan Adi Satria, *Sinergi Triple Helix Bagi Kesejahteraan Rakyat*, (Jakarta: KEMENKOKESRA, 2011) hal. 75.

¹¹ *Ibid.*

Komitmen Indonesia untuk mencapai MDGs adalah mencerminkan komitmen Indonesia untuk meningkatkan kesejahteraan rakyatnya dan memberikan kontribusi kepada peningkatan kesejahteraan masyarakat dunia. Karena itu, MDGs merupakan acuan penting dalam penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Nasional.¹² Program MDGs sendiri di Indonesia telah mulai dikembangkan sejak awal tahun 2000, namun formulasinya baru tercantum pada RPJMN ke I (2004 – 2009) dan dicantumkan secara lebih mendalam pada RPJMN ke II (2010 – 2014). Dari sisi formulasi pada periode RPJMN ke I Kebijakan terkait pencapaian MDGs mulai disosialisasikan ke tingkat lokal baik Provinsi dan Kabupaten/Kota. Untuk dapat mengakselerasi pencapaian tersebut, berbagai organisasi internasional terlibat masuk untuk membantu implementasi pencapaian MDGs di Indonesia pada tahun 2015 termasuk UNDP yang sangat aktif mendukung upaya pencapaian tersebut. UNDP memiliki tugas untuk mengkoordinasikan laporan pencapaian MDGs di negara-negara kepada dunia internasional melalui PBB. Laporan ini merupakan upaya awal pemerintah untuk mengambil momentum pembangunan manusia di negara terkait dengan target MDGs, mengukur dan menganalisa kemajuan menuju realisasinya, mengidentifikasi dan mengkaji kebijakan dan program yang diperlukan untuk memenuhi target MDGs.¹³ Mantan Menteri Permukiman dan Pembangunan Wilayah Indonesia yaitu Ir. Erna Witoelar menjabat sebagai Duta Besar PBB untuk MDGs di regional Asia Pasifik pada tahun 2003 – 2007. Tugas dari pada UNDP di Indonesia dan secara khusus Ir. Erna Witoelar adalah untuk memberikan laporan pencapaian MDGs di Indonesia kepada PBB.

Presiden pada tahun 2010, menunjuk salah seorang akademisi terkemuka Prof Dr. Nila Moeloek sebagai Utusan Khusus Presiden untuk Pencapaian MDGs 2015. Tugas dari pada Kantor Utusan Presiden RI (KUKPRI) untuk MDGs adalah untuk bekoordinasi dengan BAPPENAS dan Kementerian terkait pencapaian MDGs sebagai upaya untuk melakukan percepatan pencapaian MDGs di Indonesia. Laporan pencapaian MDGs tersebut kemudian dilaporkan KUKPRI

¹² BAPPENAS, *Loc. Cit.*

¹³ MDGs, diakses dari <http://www.undp.or.id/mdg/> (25/06/2012), pada pukul 9.30 WIB.

MDGs kepada Presiden. Berbagai Program telah dilakukan dengan supervisi dari berbagai Lembaga Donor Internasional.

Meskipun demikian hingga tahun akhir periode RPJMN ke I, MDGs Monitor masih menetapkan beberapa tujuan MDGs masih perlu dilakukan perubahan mendasar. Bahkan untuk tujuan 5A masih belum dapat dinilai dikarenakan sulitnya data diperoleh dan sulitnya pencapaian diukur. Hal ini menunjukkan kesulitan pencapaian MDGs di berbagai negara juga terjadi di Indonesia. Seringkali terjadi perbedaan pemahaman antara pelaku di tingkat internasional dan pelaku kebijakan di tingkat lokal.

Atas dasar hal tersebut maka peneliti tertarik untuk mendalami hambatan yang mendasari kesulitan dalam mewujudkan suatu komitmen global di negara berkembang dari sudut hubungan internasional dengan judul: **Prospek Millennium Development Goals Sebagai Suatu Komitmen Global Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Dunia Tahun 2015 (Studi Kasus pada Kegagalan Pencapaian MDG Tujuan 5A di Indonesia pada Tahun 2007 – 2010).**

I.2 Rumusan Permasalahan

MDGs sebagai wujud komitmen global dalam pembangunan dunia diyakini dapat mewujudkan kesejahteraan di negara-negara dunia ketiga pada tahun 2015. Menjelang akhir dari waktu proses pencapaiannya, masih banyak negara berkembang yang belum mampu mendorong dan memenuhi tujuan yang dituju, hal ini memunculkan banyak kritik dan anggapan bahwa beberapa tujuan MDGs sulit – bahkan tidak akan tercapai ditahun 2015. Sesuai dengan laporan pencapaian MDGs tahun 2007 dan 2010, khususnya pada tujuan 5 di Indonesia tercatat bahwa memang angka kematian ibu masih sangat jauh dari target MDGs tahun 2015, dimana menempati status “*diperlukan kerja keras untuk tercapai*”.

Rumusan permasalahan tersebut kemudian mendasari timbulnya pertanyaan penelitian yaitu “**Mengapa MDG Tujuan 5A Sebagai Suatu Komitmen Global Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Dunia Gagal Tercapai di Indonesia Pada Tahun 2007 – 2010?**”.

I.3 Tinjauan Pustaka

Berikut ini merupakan karya ilmiah, kajian ataupun penelitian terdahulu yang mengungkapkan mengenai aktor-aktor dalam pencapaian MDGs, keraguan akan efektivitas MDGs sebagai komitmen global, dan pembangunan MDGs di Indonesia.

Pertama, salah satu karya ilmiah yang membahas mengenai aktor-aktor dalam pencapaian MDGs adalah *“It’s Over: The Tragedy of the Millennium Development Goals”* oleh William Easterly. Dalam karya ilmiah ini dijelaskan bahwa sebagai suatu komitmen global, MDGs dirasakan sulit dicapai karena strategi pencapaiannya harus melewati dinamika ekonomi, sosial, politik, dan budaya global. Menurut Easterly (2009):¹⁴

“The MDGs only content is that certain outcomes should be achieved by 2015, but all of these outcomes depend on many other factors besides government actions. The MDGs will go down in history as a success in global consciousness-raising, but a failure in using that consciousness for its stated objectives.”

Sebagaimana tertulis diatas Easterly menganggap substansi MDGs dapat dicapai hanya bila pemerintah bergantung kepada banyak faktor lain selain upaya pemerintah itu sendiri. Dalam hal ini pemerintah negara-negara berkembang seringkali hanya bekerja sendiri tanpa upaya melibatkan masyarakat termasuk perguruan tinggi dan dunia usaha.

Pada kenyataannya berbagai kampanye MDGs di Indonesia maupun di negara berkembang lainnya hanya sampai pada tataran menarik perhatian publik tetapi tidak pada aksi bersama. Upaya intervensi kebijakan di lapangan cenderung dilakukan antar maupun internal sektor pemerintah. Hal inilah yang pada akhirnya memunculkan anggapan bahwa MDGs mungkin hanya akan tercatat dalam sejarah sebagai kesuksesan dalam hal kemampuannya meningkatkan perhatian dunia terhadap isu-isunya.

¹⁴ <http://www.huffingtonpost.com>, *Loc. Cit.*

Disisi lain tanpa ada keterlibatan *civil society* termasuk dunia usaha dan perguruan tinggi didalamnya secara bersama dalam mencapai MDGs, maka kampanye MDGs hanya akan tercatat sebagai kegagalan dunia tersebut dalam mencapai tujuannya. Hal ini merupakan salah satu fakta betapa pentingnya sinergi kemitraan pemerintah dengan melibatkan unsur masyarakat dalam pelaksanaan MDGs.

Kedua, salah satu karya ilmiah yang membahas mengenai keraguan akan efektivitas MDGs sebagai komitmen global adalah “*MDGs Saja Tidak Cukup!*” oleh Fabby Tumiwa, *International NGO Forum on Indonesia Development (INFID)*. Karya ilmiah ini mengemukakan bahwa banyak yang percaya, tetapi banyak juga yang ragu akan efektivitas MDGs dan bahwa MDGs akan berhasil pada waktunya. Sejumlah fakta menguatkan keraguan itu. Seminggu sebelum berlangsung perhelatan besar di PBB tersebut, UNDP merilis 2005 *Human Development Report: International Cooperation at a Crossroad*. Laporan tersebut menyatakan walaupun terdapat sejumlah kemajuan yang substansial yang terkait dengan pencapaian target MDGs secara global, ada banyak negara yang justru mengalami keadaan yang lebih buruk daripada waktu sebelum target MDGs disepakati.

Laporan tersebut menyatakan 50 negara, dengan jumlah populasi 900 juta, gagal mencapai paling sedikit satu target MDGs. Dari jumlah itu, sebanyak 24 adalah negara di sub-Sahara dan Afrika, sedangkan 65 negara lainnya berisiko untuk sama sekali gagal mencapai paling tidak satu MDGs hingga 2040. Mereka akan gagal mencapai MDGs hingga satu generasi ke depan.¹⁵ UNDP juga memperkirakan dengan skenario *business as usual* dari tren lima tahun terakhir, pada tahun 2015 terdapat sekitar 827 juta orang tetap tinggal dalam kondisi kemiskinan akut (*extreme poverty*). Jumlah ini 380 juta lebih banyak dari target yang sudah disepakati, serta sekitar 1,7 miliar orang hidup dengan pendapatan 2 dollar AS per hari.

Adalah benar bahwa upaya pengurangan kemiskinan membutuhkan suatu inisiatif global dan tidak semua jenis bantuan juga gagal. Tetapi upaya

¹⁵ Fabby Tumiwa, *MDGs Saja Tidak Cukup!*, (Jakarta: *International NGO Forum on Indonesia Development (INFID)* pada *Harian KOMPAS*, 19 September 2005).

pengurangan kemiskinan tidak akan efektif jika masalah kemiskinan itu sendiri tidak dipahami dengan benar oleh para pembuat kebijakan. Jika ini terjadi, maka dana yang pengurangan kemiskinan justru habis untuk program pengurangan kemiskinan, tetapi tidak untuk jumlah orang miskin. Karena itu, untuk memberantas kemiskinan dengan MDGs saja tidak cukup. Kemiskinan disebabkan masalah-masalah struktural dalam suatu bangsa dan oleh karena itu diperlukan kerja keras untuk mengurangi jumlah orang miskin dalam arti yang sebenarnya.

Menurut ekonom Jerman, Messner dan Wolff, pengalaman selama ini menunjukkan bahwa investasi dan strategi yang hati-hati hanya dapat berhasil apabila para elite di negara berkembang berkomitmen kepada diri mereka sendiri untuk suatu proses pembangunan yang berorientasi pada MDGs dan melaksanakan prinsip good governance dalam melaksanakan proses tersebut.¹⁶ Inilah mengapa pemerintah di negara berkembang harus dilihat sebagai aktor penting yang bertanggung jawab atas pencapaian MDGs.

Faktor lain yang penting adalah model investasi untuk memberdayakan orang miskin di setiap negara tidak hanya didasarkan pada kebijakan ekonomi dan sosial, tetapi juga bergantung pada strategi-strategi untuk mengembangkan atau memperkuat institusi MDGs yang relevan. Antara lain konsisten pada upaya antikorupsi, investasi penguatan dan peningkatan efektifitas administrasi publik, pelaksanaan aturan hukum, transparansi dan akuntabilitas dalam bisnis dan politik, dan upaya memperkuat hak asasi manusia, adalah kunci untuk membangun strategi pencapaian MDGs.

Upaya perbaikan di dalam rumah sendiri, ditopang dengan pemberian bantuan yang lebih besar, pengurangan utang negara-negara berkembang tanpa syarat dan aturan perdagangan yang lebih adil bagi negara berkembang, dapat menjadi penopang positif tercapainya pengurangan jumlah orang miskin, di negara kita dan dunia.

Ketiga, karya ilmiah mengenai pembangunan MDGs di Indonesia yaitu "*Pembangunan Pendidikan dan MDGs di Indonesia: Sebuah Refleksi Kritis*" oleh

¹⁶ Messner dan Wolff, *The MDGs: Thinking Beyond the Sachs Report*, 2005.

Dyah Ratih Sulistyastuti.¹⁷ Tulisan ini mengkaji beberapa program Pemerintah Indonesia untuk mewujudkan pendidikan dasar untuk semua serta mengemukakan kajian tentang pencapaian program pendidikan di Indonesia berkaitan dengan tujuan kedua dari *Millenium Development Goals (MDGs)*. Ada empat aspek yang perlu yang menjadi output dari peneliti:

1. Pemerintah belum memiliki *political will* terhadap tujuan kedua dari Pembangunan Milenium sebagai prioritas dalam pembangunan. Hal ini terbukti bahwa alokasi anggaran untuk bidang pendidikan masih rendah. Akibat kemauan politik pemerintah yang rendah ini, maka kebijakan pendidikan cenderung bersifat pragmatis.
2. Komitmen pemerintah sebagaimana tertuang pada pasal 31 UUD 1945 dan pasal 34 UU No. 20 tahun 2003 ternyata mengalami “pengingkaran”. Pemerintah agaknya ingin melimpahkan sebagian tanggung jawab pendidikan dasar 9 tahun yang wajib diikuti oleh seluruh masyarakat justru kepada masyarakat itu sendiri. Melemahnya komitmen pemerintah terhadap kewajiban penyelenggaraan pendidikan dasar ini semakin tampak dalam pasal 46 ayat 1 UU No. 20 tahun 2003, yang menyatakan bahwa pendanaan pendidikan menjadi tanggungjawab bersama antara pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat.
3. Otonomi daerah justru makin mempersulit pencapaian MDGs karena lemahnya koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah
4. Dukungan lembaga internasional terhadap pencapaian MDGs juga masih jauh dari harapan. Yang semestinya dunia internasional memberi dukungan besar karena masalah pendidikan masih merupakan masalah kronis di negara berkembang.

Khusus mengenai komitmen dukungan lembaga internasional peneliti memberikan opini yang cukup menarik. Menurutnya negara-negara maju sebenarnya telah lama berkomitmen untuk membantu program pendidikan di negara berkembang. Kesepakatan negara-negara maju terutama diperuntukkan

¹⁷ Dyah Ratih S., *Pembangunan Pendidikan dan MDGs di Indonesia: Sebuah Refleksi Kritis* dalam *Jurnal Kependudukan Indonesia*, Vol. II, No. 2, (Jakarta: LIPI Press, 2007).

terhadap program *Education for All (EFA)* yang diawali di Jomtien pada tahun 1990. Kesepakatan yang dibangun di Jomtien, Thailand pada tahun 1990 adalah EFA dan menurunkan buta aksara secara masif. Kemudian kesepakatan ini diperkuat setelah kemunculan program MDGs dengan mengadakan pertemuan di Dakar pada tahun 2000. Kesepakatan yang dibangun di Dakar berisikan enam tujuan utama yaitu:

1. Memperluas pendidikan untuk anak usia dini
2. Menuntaskan wajib belajar untuk semua (2015)
3. Mengembangkan proses pembelajaran/keahlian untuk orang muda dan dewasa
4. Meningkatnya 50% orang dewasa yang melek huruf (2015), khususnya perempuan
5. Menghapuskan kesenjangan gender
6. Meningkatkan mutu pendidikan

Untuk mencapai enam tujuan tersebut maka strategi penting adalah memastikan dukungan dana dan membangun kemitraan antara pemerintah dengan *Civil Society Organizations*. Namun karena MDGs dan program EFA dibangun melalui kesepakatan internasional maka dukungan internasional pun sangat penting. Komunitas Donor dan Badan-Badan Multilateral menyatakan dukungan kepada PUS dan MDGs adalah G8, EU, The IFIS (World Bank dan ADB). Pada konferensi mengenai pendanaan pembangunan di Monterrey Mexico, Maret 2002 dan dialog tingkat tinggi di New York, Oktober 2003, mereka berkomitmen untuk menambahkan sumbangan untuk program EFA sebesar \$16 milyar.

Tetapi, realitanya komunitas donor ini tidak memenuhi komitmen mereka. Dukungan dana yang diberikan hanya sangat kecil yaitu \$5 milyar (1990) dan \$4 milyar (2000). Sedangkan selama tahun 90an, hanya sekitar 8% dari bantuan bilateral diberikan untuk bidang pendidikan. Mereka justru berargumentasi bahwa negara tidak akan dapat memenuhi pembiayaan pendidikan keseluruhan. Seperti argumen yang dikemukakan Muchtar (2003), ketika negara miskin tidak dapat memenuhi pembiayaan pendidikan keseluruhan maka negara tersebut harus

mendapatkan alternatif untuk pembiayaan pendidikan dengan memberikan saran sebagai berikut:

- a. *Cost Recovery*
- b. Biaya pendidikan ditanggung oleh komunitas pemakai.
- c. Penyediaan pelayanan pendidikan lebih besar diserahkan kepada pasar
- d. Sehingga partisipasi sektor dunia bisnis yang lebih besar
- e. Dalam rangka era desentralisasi Pemerintah Pusat memberikan beban peran lebih besar kepada pemerintah daerah
- f. Tidak ada lagi subsidi untuk pendidikan setingkat universitas

Saran dari Bank Dunia dan ADB ini berimplikasi pada privatisasi pendidikan di negara-negara miskin dan berkembang. Padahal berdasarkan perspektif *right based approach*, pendidikan adalah hak dasar rakyat dan negara harus menyelenggarakan pendidikan gratis dan bermutu sebagai usaha memenuhi hak dasar ini.

Privatisasi pendidikan di Indonesia memberikan dampak yang kontraproduktif terhadap pencapaian MDGs. Fenomena privatisasi yang menyebabkan makin tingginya biaya pendidikan ini setidaknya berimplikasi pada:¹⁸

- Terjadinya proses pemiskinan dan pembodohan pada masyarakat yang semakin kuat
- Tidak ada perhatian dan prioritas untuk:
 - Perbaikan kualitas pendidikan
 - Program pendidikan untuk kelompok-kelompok masyarakat yang tidak beruntung
 - Semakin terkotak-kotaknya masyarakat Indonesia berdasarkan status sosial ekonomi, antara yang kaya dan miskin

¹⁸ *Ibid.*

I.4 Kerangka Pemikiran

I.4.1 Definisi Konseptual: MDGs Sebagai Bentuk Rezim Internasional

Sejak tahun 1970, konsep rezim internasional banyak digunakan para ahli dalam menganalisa dinamika hubungan internasional. Menurut John Rugie, rezim internasional adalah peraturan, rencana, energi organisasi, dan komitmen finansial secara bersama yang telah dikonsepsi oleh suatu kelompok negara.¹⁹ Lebih lanjut lagi, konsep rezim internasional juga digambarkan sebagai prinsip-prinsip, norma-norma, aturan-aturan dan prosedur dalam pengambilan keputusan, dimana keputusan tersebut digunakan untuk menganalisa isu-isu tertentu oleh aktor hubungan internasional.

Rezim internasional memiliki keterkaitan dengan adanya sebuah kerjasama. Kerjasama yang akan membuat para aktor dapat terus bertahan dan mencapai kepentingannya. Kerjasama yang terjadi bukan hanya karena kepentingan bersama yang nantinya akan menciptakan sebuah rezim melainkan juga adanya keadaan untuk mempertahankan rezim sehingga tercipta suatu bentuk kerjasama. Menurut Stephen Krasner, rezim merupakan seperangkat norma, peraturan, dan prosedur dalam pengambilan keputusan baik implisit maupun eksplisit diantara ekspektasi aktor-aktor yang saling bertemu dalam suatu lingkup area di hubungan internasional.²⁰

Konsep rezim internasional didefinisikan dalam empat aspek yaitu prinsip, norma, aturan, dan prosedur pengambilan keputusan. Di mana dari semua aspek tersebut berkaitan dengan perilaku. Seperti yang dikatakan oleh Stephen Krasner, rezim internasional terdiri dari berbagai variable yang akan menjadi faktor penyebab utama untuk melakukan tindakan-tindakan pada bidang tertentu. Pada prinsipnya rezim digambarkan sebagai kepercayaan kepada fakta, yang akan berakibat pada perilaku-perilaku yang jujur oleh berbagai pihak. Dalam teori rezim terdapat dua variabel yang juga menentukan keberlangsungan suatu rezim yaitu norma dan aturan. Norma adalah sebagai standar perilaku untuk

¹⁹ James D. and Robert, P. J., *Contending Theories of International Relation*, (New York: Harper Collins, 1990).

²⁰ Steven Krasner, *International Regimes*, (Ithaca: Cornell University Press, 1983), hal. 1.

melaksanakan hak dan juga kewajiban, sedangkan aturan adalah cara yang spesifik untuk dapat melakukan suatu tindakan.²¹

Rezim internasional memudahkan negara dan aktor internasional lain untuk bekerjasama, dimana kerja sama ini akan memperlancar usaha mereka dalam memenuhi kepentingannya. Rezim berperan sebagai fasilitator dalam terciptanya suatu kerjasama dengan cara menyediakan seperangkat norma, peraturan, dan prinsip. Rezim lahir untuk masalah dalam kompleksitas perilaku anggotanya secara spesifik. Keberadaan rezim menjadi penting dan signifikan karena rezim dianggap dapat memfasilitasi negara-negara dalam bentuk *global governance* dalam dunia anarki.²² Banyak pemikir yang berpendapat bahwa rezim internasional memainkan peran yang signifikan dalam menurunkan tingkat konflik internasional. Rezim dapat muncul dalam bentuk konvensi, perjanjian, persetujuan, dan institusi pada berbagai macam area baik ekonomi, lingkungan, dan keamanan. Rezim muncul pada area yang menjadi kepentingan banyak negara.²³ Rezim juga dapat berbentuk multilateral, regional, atau global.

Menurut Oran Young, rezim itu terdiri dari tindakan institusi sosial pemerintah untuk ditarik pada aktivitas-aktivitas yang khusus atau merupakan kumpulan-kumpulan aktivitas atau tindakan. Rezim terdiri dari institusi sosial yang mengatur tindakan pada aktivitas yang khusus (kesatuan aktivitas) dengan unsur-unsur inti rezim yang terdiri dari hak dan aturan. Rezim didasarkan pada suatu konsepsi bersama dari para pengikutnya untuk menyusun strategi-strategi khusus. Singkatnya, memerlukan aturan kerjasama dan kesepakatan bersama untuk tujuan tertentu. Rezim diciptakan secara evolusioner atau tindakan sepihak oleh salah satu kelompok yang diterima berbagai kelompok. Young menyatakan bahwa aktor yang sudah membentuk suatu rezim akan terlibat dalam proses perluasan tugas yang akan memimpin dari waktu ke waktu untuk memunculkan suatu rezim yang lebih komprehensif kedepan. Rezim diakibatkan kerjasama yang bersifat sukarela terhadap bidang tertentu. Rezim merupakan suatu persetujuan atau kontrak bersama di antara pengikutnya. Jadi, kelestarian suatu rezim akan

²¹ James D. and Robert, P. J., *Loc. Cit.*

²² Martin Griffiths, Terry O' Callaghan, dan Steven C. Roach, *International Relations: The Key Concept*, (New York: Routledge, 2002) hal. 276.

²³ *Ibid.*, hal. 277.

ditentukan oleh para pengikutnya. Kesetiaan pengikut terhadap rezim akan membentuk suatu kelestarian yang akan menentukan langgengnya suatu rezim.²⁴

Pada penelitian ini, peneliti mengangkat suatu komitmen global dalam pembangunan manusia yaitu MDGs sebagai suatu bentuk rezim internasional. Sesuai dengan penjelasan Stephen Krasner bahwa rezim memiliki norma, prosedur dalam pengambilan keputusan baik secara implisit maupun eksplisit diantara ekspektasi aktor-aktor yang saling bertemu dalam suatu lingkup area di hubungan internasional (Stephen Krasner, 1990). MDGs dikatakan sebagai bentuk rezim internasional karena terdapat norma, perilaku dan prosedur dalam pengambilan keputusan yang sesuai dengan ekspektasi negara-negara anggota PBB untuk dapat meningkatkan kesejahteraan dunia di tahun 2015. MDGs sebagai rezim internasional peningkatan kesejahteraan dunia menurunkan norma, perilaku dan prosedur tersebut melalui tujuan, indikator dan sasaran yang telah disepakati oleh negara-negara dalam KTT Millennium pada tahun 2000. Guna mencapai sasaran MDGs, setiap tahunnya suatu negara harus membuat laporan tahunan yang dimonitor status pencapaiannya oleh badan PBB.

I.4.2 Konsep Modal Sosial Sebagai Dasar Mekanisme Implementasi Rezim Internasional

Pelaksanaan Kebijakan publik bukan berarti diimplementasikan sendiri oleh pemerintah tetapi tetap harus melibatkan peran serta *stakeholders* di masyarakat dalam mengembangkannya secara sinergis.²⁵ Akumulasi peran masyarakat sebagai modal sosial harus ditekankan untuk mendorong percepatan pembangunan kesejahteraan. Inilah pula yang seringkali dilupakan oleh pembuat kebijakan.

Konsep modal sosial ini menjadi penting untuk dibahas karena dalam konteks pembangunan ada keharusan untuk memasukkan dimensi kultural dalam berbagai upaya yang dilakukan serta mengidentifikasi rintangan-rintangan sosial dalam mengembangkan institusi kemasyarakatan maupun kelembagaan organisasi

²⁴ Dougherty, J. E., and Pfaltzgraff Jr, R. L., *Cotending Theories of International Relation*, (New York: Harper Collins, 1990).

²⁵ Edi Suharto, *Modal Sosial dan Kebijakan Publik*.

yang modern. Menurut Fukuyama, modal sosial merupakan hubungan-hubungan yang tercipta dan norma-norma yang membentuk kualitas dan kuantitas hubungan sosial dalam masyarakat dalam spektrum yang luas, yaitu sebagai perekat sosial kesatuan anggota masyarakat secara bersama-sama.²⁶

Dari berbagai pandangan yang dikemukakan pakar-pakar tersebut, penelitian ini akan menggunakan indikator-indikator unsur pokok modal sosial menurut Hasbullah, unsur-unsur pokok modal sosial tersebut adalah:²⁷ 1) partisipasi dalam suatu jaringan, 2) timbal balik (*reciprocity*), 3) kepercayaan (*trust*), 4) norma-norma sosial, 5) nilai-nilai, dan 6) tindakan yang proaktif. Penjelasan masing-masing unsur secara ringkas adalah :

- **Partisipasi dalam suatu jaringan**

Kemampuan orang atau individu atau anggota-anggota komunitas untuk melibatkan diri dalam suatu jaringan hubungan sosial merupakan salah satu kunci keberhasilan untuk membangun modal sosial. Manusia mempunyai kebebasan untuk bersikap, berperilaku dan menentukan dirinya sendiri dengan kekuatan yang dimilikinya. Pada saat seseorang meleburkan diri dalam jaringan sosial dan menyinergiskan kekuatannya maka secara langsung maupun tidak, ia telah menambahkan kekuatan ke dalam jaringan tersebut. Sebaliknya, dengan menjadi bagian aktif dalam suatu jaringan, seseorang akan memperoleh kekuatan tambahan dari jaringan tersebut.

- **Hubungan Timbal Balik (*Reciprocity*)**

Modal sosial selalu diwarnai oleh kecenderungan saling bertukar kebaikan di antara individu-individu yang menjadi bagian atau anggota jaringan. Hubungan timbal balik ini juga dapat diasumsikan sebagai saling melengkapi dan saling mendukung satu sama lain. Modal sosial tidak hanya didapati pada kelompok-kelompok masyarakat yang sudah maju atau mapan. Dalam kelompok-kelompok yang menyanggah masalah sosial

²⁶ Francis Fukuyama, *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*, (New York: Free Press, 1995).

²⁷ Hasbullah, J., *Sosial Kapital: Menuju Keunggulan Budaya Manusia Indonesia*, (Jakarta: MR-United Press, 2006), hal. 9-16.

sekalipun, modal sosial merupakan salah satu modal yang membuat mereka menjadi kuat dan dapat melangsungkan hidupnya.

- **Rasa Percaya (*Trust*)**

Rasa percaya adalah suatu bentuk keinginan untuk mengambil resiko dalam hubungan-hubungan sosial yang didasari perasaan yakin bahwa orang lain akan melakukan sesuatu seperti yang diharapkan dan akan selalu bertindak dalam suatu pola yang saling mendukung. Rasa percaya menjadi pilar kekuatan dalam modal sosial. Seseorang akan mau melakukan apa saja untuk orang lain kalau ia yakin bahwa orang tersebut akan membawanya ke arah yang lebih baik atau ke arah yang ia inginkan.

Rasa percaya dapat membuat orang bertindak sebagaimana yang diarahkan oleh orang lain karena ia meyakini bahwa tindakan yang disarankan orang lain tersebut merupakan salah satu bentuk pembuktian kepercayaan yang diberikan kepadanya. Rasa percaya tidak muncul tiba-tiba. Keyakinan pada diri seseorang atau sekelompok orang muncul dari kondisi terus menerus yang berlangsung secara alamiah ataupun buatan (dikondisikan). Rasa percaya bisa diwariskan tetapi harus dipelihara dan dikembangkan karena rasa percaya bukan merupakan suatu hal yang absolut.

- **Norma Sosial**

Norma-norma sosial merupakan seperangkat aturan tertulis dan tidak tertulis yang disepakati oleh anggota-anggota suatu komunitas untuk mengontrol tingkah laku semua anggota dalam komunitas tersebut. Norma sosial berlaku kolektif. Norma sosial dalam suatu komunitas bisa saja sama dengan norma sosial di komunitas lain tetapi tidak semua bentuk perwujudan atau tindakan norma sosial bisa digeneralisir.

Norma sosial mempunyai konsekuensi. Ketidaktaatan terhadap norma atau perilaku yang tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku menyebabkan seseorang dikenai sanksi. Bentuk sanksi terhadap pelanggaran norma dapat berupa tindakan (hukuman) dan bisa berupa sanksi sosial yang lebih sering ditunjukkan dalam bentuk sikap, seperti

penolakan atau tidak melibatkan seseorang yang melanggar norma, untuk terlibat dalam kegiatan-kegiatan komunitas.

- **Nilai-nilai**

Nilai adalah suatu ide yang dianggap benar dan penting oleh anggota komunitas dan diwariskan secara turun temurun. Nilai-nilai tersebut antara lain mengenai etos kerja (kerja keras), harmoni (keselarasan), kompetisi dan prestasi. Selain sebagai ide, nilai-nilai juga menjadi motor penggerak bagi anggota-anggota komunitas. Nilai-nilai kesetiakawanan adalah ide yang menggerakkan anggota komunitas untuk melakukan kegiatan secara bersama-sama. Pada banyak komunitas, nilai prestasi merupakan tenaga pendorong yang menguatkan anggotanya untuk bekerja lebih keras guna mencapai hasil yang membanggakan.

- **Tindakan yang proaktif**

Keinginan yang kuat dari anggota kelompok untuk terlibat dan melakukan tindakan bagi kelompoknya adalah salah satu unsur yang penting dalam modal sosial. Tindakan yang proaktif tidak terbatas pada partisipasi dalam artian kehadiran dan menjadi bagian kelompok tetapi lebih berupa kontribusi nyata dalam berbagai bentuk. Tindakan proaktif dalam konteks modal sosial dilakukan oleh anggota tidak semata-mata untuk menambah kekayaan secara materi melainkan untuk memperkaya hubungan kekerabatan, meningkatkan intensitas kekerabatan serta mewujudkan tujuan dan harapan bersama. Keterikatan yang kuat dan saling mempengaruhi antar anggota dalam suatu komunitas menjadi penggerak sekaligus memberi peluang kepada setiap anggota untuk bertindak proaktif. Tindakan proaktif juga dapat diartikan sebagai upaya saling membagi energi di antara anggota komunitas.

Menurut J. Hasbullah, dari modal sosial dapat dilihat dua karakteristik masyarakat atau aktor sebagai pola interelasi modal sosial, yakni pola *Bonding* (mengikat) dan *bridging* (menjembatani).²⁸ Menurut Rachbini, kombinasi kedua

²⁸ Jousairi Hasbullah, *Social Capital (Menuju Keunggulan Budaya Manusia Indonesia)*, (Jakarta: MR-United Press, 2006).

pola interelasi secara kuat ini akan menghasilkan masyarakat yang melakukan perubahan dari dalam secara dinamis.²⁹

Untuk mengidentifikasi pola modal sosial masyarakat digunakan spektrum ciri-ciri pengelompokan modal sosial. Menurut J. Hasbullah, pengelompokan *Bonding* bercirikan masyarakat yang terikat dalam suatu jaringan eksklusif, terdapat perbedaan yang kuat antara orang dalam dan luar jaringan tersebut, sulit menerima arus perubahan, kurang akomodatif terhadap pihak luar, mengutamakan kepentingan kelompok dan mengutamakan solidaritas kelompok.

Sementara pengelompokan *Bridging* bercirikan masyarakat yang terbuka, memiliki jaringan yang lebih fleksibel, toleran, memungkinkan untuk banyak alternatif jawaban dan penyelesaian masalah, akomodatif untuk menerima perubahan, cenderung memiliki sikap yang altruistik, humanitarian dan universal.³⁰

Menurut Rachbini, kombinasi kedua pengelompokan modal sosial tersebut bila berjalan optimal mendorong modal sosial masyarakat berkembang dengan baik. Terdapat empat kemungkinan kombinasi yang terjadi di masyarakat. Pertama, bila *bonding* dan *bridging* lemah, maka kelompok masyarakat tidak memiliki modal sosial dan tidak ideal untuk bisa maju dan berkembang karena tidak memiliki solidaritas kelompok dan tidak mampu membuka diri bagi kemajuan ke depan. Kedua, jika fungsi *bonding* kuat namun fungsi *bridging* lemah membuat masyarakat menjadi terlalu terikat kedalam namun komunikasi ke luar lemah, akibatnya komunitas cenderung eksklusif dan resisten terhadap dunia luar.

Ketiga, bila fungsi *bridging* terlalu kuat sementara, fungsi *bonding* lemah maka masyarakat cenderung tidak memiliki kekuatan sehingga penetrasi dari luar begitu cepat masuk untuk mempengaruhi komunitas di dalam. Terakhir, bila kedua fungsi berjalan dengan baik dan kuat, maka komunitas ini mampu melakukan perubahan dari dalam secara dinamis dengan mengkonservasi nilai-nilai luar secara baik dan memelihara nilai-nilai internal juga dengan baik.

²⁹ Rachbini dan Didik J., *Ekonomi Politik (Ekonomi Kelembagaan Baru)*, (Jakarta: Bahan Ajar MPKP FEUI, 2008).

³⁰ Jousairi Hasbullah, *Loc. Cit.*

Untuk menjaga modal sosial dan meningkatkannya agar memiliki kombinasi fungsi *bonding* dan *bridging* yang kuat dan baik diperlukan hal-hal yang mampu memperkuat. Untuk memperkuat *bonding*, perlu dilakukan upaya-upaya kolektif untuk membangun tatanan didalam masyarakat yang lebih besar dan formal. Dapat dilakukan dengan melanggengkan tradisi melalui peristiwa kelembagaan seperti perayaan adat dan bentuk kebersamaan yang fungsional lainnya untuk memperkuat elemen *bonding* dalam masyarakat.

Tabel 1.2. Spektrum Tipologi Modal Sosial³¹

Modal Sosial: <i>Bonding</i> dan <i>Bridging</i>	
<i>Bonding</i>	<i>Bridging</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Terikat/ketat, jaringan yang eksklusif • Pembedaan yang kuat antara “orang kami” dan orang luar • Sulit menerima arus perubahan • Kurang akomodatif terhadap pihak luar • Mengutamakan kepentingan kelompok • Mengutamakan solidaritas kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> • Terbuka • Memiliki jaringan yang lebih fleksibel • Toleran memungkinkan untuk memiliki banyak alternatif jawaban dan penyelesaian masalah • Akomodatif untuk menerima perubahan • Cenderung memiliki sikap altruistik, humanitarianistik dan universal

Sumber: Hasbullah, *Social Capital (Menuju Keunggulan Budaya Manusia Indonesia)*, 2006

Untuk memperkuat fungsi *bridging*, dapat dilakukan peningkatan interaksi antar kelompok terutama dengan kelompok yang berada di luar juga dengan meningkatkan arus informasi masuk kedalam, juga dengan memperbaiki inisiatif komunitas, tanggung jawab dan kemampuan menyerapnya.³²

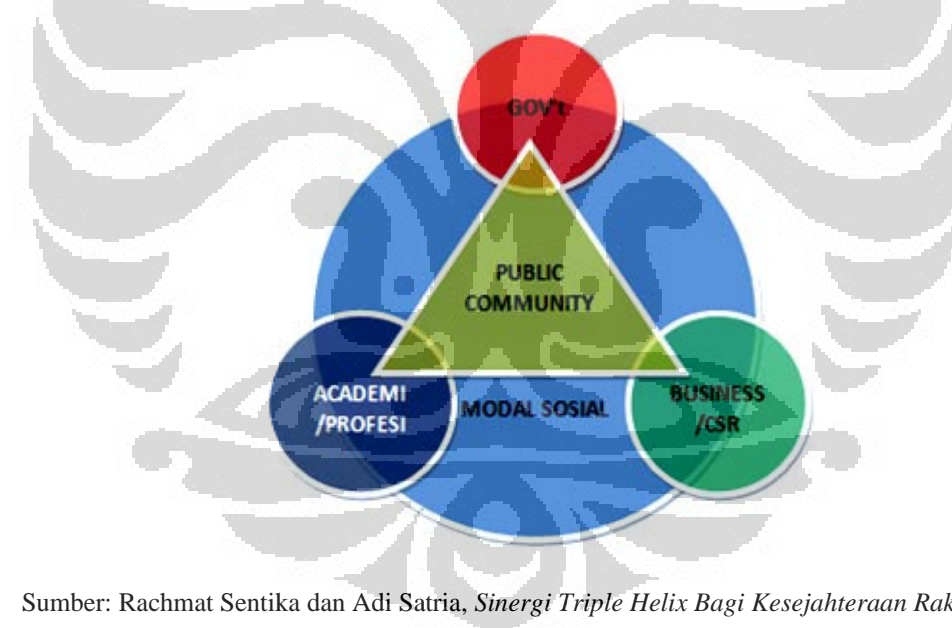
³¹ Rachmat Sentika dan Adi Satria, *Sinergi Triple Helix Bagi Kesejahteraan Rakyat*, (Jakarta: KEMENKOKESRA, 2011), hal. 23.

³² *Ibid.*, hal 24.

Modal sosial merupakan representasi partisipasi masyarakat dimana masyarakat mempunyai peranan yang sangat penting dalam proses implementasi kebijakan. Partisipasi masyarakat merupakan suatu proses teknis untuk memberikan kesempatan dan wewenang yang lebih luas kepada masyarakat untuk secara bersama-sama memecahkan berbagai persoalan. Pembagian kewenangan ini dilakukan berdasarkan tingkat keikutsertaan (*level of involvement*) masyarakat dalam kegiatan tersebut dan dilakukan untuk mencari solusi permasalahan yang lebih baik dalam suatu komunitas dengan membuka lebih banyak kesempatan bagi masyarakat untuk ikut memberikan kontribusi sehingga implementasi kegiatan berjalan lebih efektif, efisien, dan berkelanjutan.³³

I.4.3 Konsep *Triple Helix* Sebagai Bentuk Aplikasi Mobilisasi Modal Sosial

Gambar 1.1. Konsep Dasar Triple Helix



Sumber: Rachmat Sentika dan Adi Satria, *Sinergi Triple Helix Bagi Kesejahteraan Rakyat*, 2011

Pada dasarnya *Triple Helix* digunakan untuk memenuhi celah yang tidak dapat dipenuhi oleh masing-masing pihak. Penggunaan istilah *Triple Helix* mengacu kepada konsep double helix pada struktur DNA yang menunjukkan ikatan yang harmonis antar komponen sehingga menjadi satu sinergi yang kuat.³⁴

³³ *Ibid.*, hal 25.

³⁴ *Ibid.*, hal. 38.

Pada era perang Vietnam hubungan industri dan dunia militer berjalan sangat erat sehingga pada saat itu dikenal hubungan “*Military-Industrial Complex*”.³⁵ Dapat dipastikan dibalik industri pertahanan yang kuat terdapat peran akademisi dari berbagai institusi penelitian di Amerika Serikat.

Istilah *Triple Helix* muncul pada 1993 yang dipopulerkan oleh Henry Etzkowitz untuk menggambarkan ikatan yang kuat antara akademisi, industri dan pemerintah untuk menciptakan teknologi tinggi. Etzkowitz menjelaskan bahwa model ini dapat diterapkan di berbagai negara seperti DNA yang dapat beradaptasi dalam berbagai situasi dan kondisi baik ekonomi, politik maupun budaya secara fleksibel. Menurut Etzkowitz, model *Triple Helix* terdiri atas tiga elemen dasar, antara lain:³⁶

- Peran Universitas yang lebih terhormat dalam inovasi, setara dengan industri dan pemerintah dalam suatu masyarakat yang berbasis keilmuan (*knowledge based society*).
- Suatu gerakan menuju hubungan yang kolaboratif diantara tiga institusi utama, dimana kebijakan inovasi menjadi hasil dari hubungan ketiga pihak ketimbang hanya menjadi satu kebijakan yang hanya disusun pemerintah, atau hanya inovasi hasil pengembangan internal oleh industri sendiri.
- Untuk saling melengkapi kekurangan dalam fungsi dari masing-masing pihak dengan saling mengintegrasikan fungsinya melalui interaksi yang erat dari masing-masing pihak.

Dalam kenyataannya terdapat banyak bentuk model *Triple Helix* yang telah diterapkan di berbagai negara. Etzkowitz membaginya dalam tiga bentuk model *Triple Helix*, antara lain:³⁷

- *Model Triple Helix I*, suatu sistem *Triple Helix* yang statis dimana peran pemerintah memotong peran akademisi dan industri dan mengarahkan hubungan diantara masing- masing pihak.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*, hal. 39.

³⁷ *Ibid.*, hal. 40-42.

- *Model Triple Helix II*, adalah tipe sistem *Triple Helix laissez faire*, dimana setiap pihak dalam *Triple Helix* terpisah secara sendiri-sendiri. Dalam model ini universitas memainkan peran dalam menyediakan penelitian dasar dan sumber daya yang terlatih. Disisi lain perusahaan atau industri diharapkan dapat tetap berjalan secara kompetitif dan berhubungan melalui pasar. Pemerintah dibatasi perannya sebatas untuk menutupi kegagalan pasar, dan memberikan solusi ketika sektor privat tidak dapat mensupport.
- *Model Triple Helix III*, adalah suatu model interaktif mencakup peran setiap pihak yang secara *relative* tetap independen namun juga *overlapping*. Model ini seringkali diterapkan oleh berbagai negara untuk mencari kombinasi fungsi dan lembaga dalam hubungan *Triple Helix*. Sebagai contoh akademisi berperan dalam mendukung pengembangan melalui regulasi, pajak dan penyediaan modal publik. Industri mengambil peran dalam mengembangkan pelatihan dan penelitian bahkan seringkali pada tingkat yang sama dengan universitas. Model ini seringkali memperoleh insentif pemerintah namun tidak dikontrol oleh pemerintah.
- Dalam model *overlapping* inilah peran kampus bergeser, bahkan secara drastis. Jika pada dasarnya kampus memainkan peran besar sebagai masyarakat berbasis ilmu pengetahuan, pada akhirnya kampus bergeser dan mengambil peran membentuk perusahaan. Sementara pemerintah malah berperan dalam penyediaan modal dan dunia usaha berperan dalam melatih dan meningkatkan kapasitas ke level yang lebih tinggi.

Sesuai dengan konsep *Tiple Helix* penelitian ini akan menggunakan tiga aktor utama yaitu pemerintah, bisnis, dan akademisi dalam upaya mengimplementasi MDG tujuan 5A di Indonesia. Penelitian ini akan melihat kepada perbedaan tugas dan peran masing-masing aktor, berikut ini adalah penjelasan mengenai tugas dan peran dari aktor tersebut, sebagai berikut:

1. Pemerintah

Sebagai aktor utama dalam suatu rezim internasional yaitu negara, pemerintah sebagai aparatur negara memiliki tugas untuk mengatur

regulasi dan kebijakan yang diturunkan melalui suatu rencana aksi atau program. Pada penelitian ini, cakupan pemerintah akan difokuskan pada kebijakan, regulasi, atau program terkait pencapaian MDG tujuan 5A di Indonesia pada tahun 2007 – 2010 oleh Kantor Utusan Presiden untuk MDGs dan Kementerian Kesehatan.

2. Bisnis

Dunia bisnis memiliki keterkaitan yang kuat dalam proses implementasi MDG tujuan 5A di Indonesia, yaitu melalui partisipasi pelaku bisnis dalam menciptakan program sosial sebagai bentuk pelayanan kepada masyarakat. Program ini lebih dikenal dengan istilah CSR (*Corporate Social Responsibility*), dimana merupakan bentuk pertanggung jawaban dari industri kepada lingkungan sekitar. Program CSR ini sangat dibutuhkan untuk dapat menjaga kestabilan antara kegiatan industri dengan lingkungan sekitar. Pada penelitian ini, cakupan dunia bisnis akan difokuskan pada kegiatan CSR yang terkait peningkatan kesehatan ibu dan upaya pengurangan angka kematian ibu yang sejalan dengan MDG tujuan 5A yang dilakukan dalam tahun 2007 – 2010 di Indonesia. Berdasarkan CCPHI (*Company – Community Partnerships for Health Indonesia*)³⁸, dalam cakupan waktu 2007 – 2010 terdapat dua perusahaan yang menyalurkan program CSR terkait MDG tujuan 5A yaitu PT. Pertamina dan Kraft Foods Inc., berikutnya kedua program CSR perusahaan ini akan dianalisis oleh peneliti melalui unsur-unsur modal sosial.

3. Akademisi

Partisipasi pihak akademisi dirasakan sangat penting dalam proses implementasi tujuan MDG 5A di Indonesia, karena dalam proses tersebut dibutuhkan adanya inovasi dan kreativitas untuk dapat menciptakan suatu studi kelayakan yang diturunkan melalui bentuk kajian ilmiah atau penelitian. Adapun tujuan dari kegiatan tersebut adalah agar dapat menciptakan strategi dan optimalisasi suatu rencana aksi agar dapat tepat sasaran. Pada penelitian ini, cakupan akademisi akan difokuskan pada kegiatan penelitian atau kajian terkait peningkatan kesehatan ibu dan

³⁸ CCPHI adalah Lembaga Non-Profit yang memfasilitasi kemitraan antara perusahaan dan LSM untuk masyarakat yang sehat dan berkelanjutan, lihat <http://www.ccphw.org/>

upaya pengurangan angka kematian ibu yang sejalan dengan MDG tujuan 5A yang dilakukan dalam tahun 2007 – 2010 di Indonesia. Penelitian ini akan memfokuskan pembahasan pada aktor akademisi melalui pusat kajian yang berbasis universitas yaitu Pusat Kajian Kesehatan Universitas Indonesia dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

I.5 Operasionalisasi Konsep

Berdasarkan ketiga konsep diatas, peneliti melakukan operasionalisasi dengan menggunakan Konsep MDGs sebagai bentuk rezim internasional. Dalam upaya mengimplementasikan tujuan dan target MDGs 2015 hingga ke tingkat lokal, diperlukan suatu mekanisme implementasi yang dapat diterapkan berdasarkan atas nilai dan norma yang terdapat di ranah lokal. Konsep modal sosial merupakan mekanisme implementasi yang mengakar kepada nilai yang terdapat di masyarakat seperti kelembagaan lokal, kearifan lokal, norma-norma dan kebiasaan lokal.

Pada penelitian ini akan digunakan unsur-unsur modal sosial sebagai variabel independen, namun peneliti membatasi penggunaan unsur modal sosial menjadi tiga yaitu rasa percaya (*trust*), partisipasi (*participation*), dan timbal balik (*reciprocity*). Pembatasan penggunaan unsur modal sosial tersebut didasarkan karena dari keenam konsep dasar unsur modal sosial dirasakan peneliti terdapat beberapa yang kurang mendukung penelitian, dimana terdapat tantangan dalam melakukan proses pengkajian dan analisis penelitian pada ketiga unsur modal sosial yang tidak peneliti gunakan yaitu: norma sosial, nilai-nilai, dan tindakan proaktif. Kemudian, peneliti juga akan menganalisis menggunakan pola interelasi dari konsep modal sosial yang tercipta yaitu *bonding* dan *bridging* sebagai variabel independen.

Pada penelitian ini akan dilakukan analisis pada tiga unit penelitian yang sesuai dengan konsep *Triple Helix* yaitu pemerintah, bisnis dan akademisi dalam melakukan implementasi MDG tujuan 5A di tingkat lokal. Kemudian, hasil analisis akan dikategorisasikan kedalam bentuk *Triple Helix*.

Bagan untuk menggambarkan variabel-variabel tersebut sebagai berikut:

Tabel 1.3. Operasionalisasi Variabel

Variabel Dependen	Variabel Independen	Kategori	Indikator		
			Pemerintah “Regulator”	Bisnis “Implementer”	Akademisi “Conceptor”
Implementasi MDG Tujuan 5A di tingkat Lokal melalui 3 unsur Modal Sosial	Rasa Percaya (<i>Trust</i>)	Tidak ada	Rasa percaya pemerintah kepada Bisnis dan Akademisi dalam upaya implementasi MDGs	Rasa percaya Bisnis kepada Pemerintah dan Akademisi dalam upaya implementasi MDGs	Rasa percaya Akademisi kepada Pemerintah dan Bisnis dalam upaya implementasi MDGs
		Lemah			
		Kuat			
	Partisipasi (<i>Participation</i>)	Tidak ada	Keterlibatan aktif Pemerintah dalam menjalankan peran dan tugas	Keterlibatan aktif Bisnis dalam menjalankan peran dan tugas	Keterlibatan aktif Akademisi dalam menjalankan peran dan tugas
		Lemah			
		Kuat			
	Timbal Balik (<i>Reciprocity</i>)	Tidak ada	Kerjasama berkelanjutan dan manfaat balik bagi Pemerintah atas peran Bisnis dan Akademisi	Kerjasama berkelanjutan dan manfaat balik bagi Bisnis atas peran Pemerintah dan Akademisi	Kerjasama berkelanjutan dan manfaat balik bagi Akademisi atas peran pemerintah dan bisnis
		Lemah			
		Kuat			

Adapun penjelasan mengenai arah analisa dari ketiga indikator unsur modal sosial yang peneliti gunakan, yaitu:

1. Rasa Percaya (*Trust*)

Rasa percaya adalah pilar kekuatan dalam modal sosial. Dalam penelitian ini, akan dilihat rasa percaya antara tiga aktor *Triple Helix* sebagai dasar dari terbentuknya kepercayaan antara individu/institusi yang ditunjukkan melalui **opini atau dalam bentuk kebijakan/upaya** masing-masing pihak terhadap peran pihak lainnya dalam mendukung pencapaian MDG tujuan 5A di Indonesia.

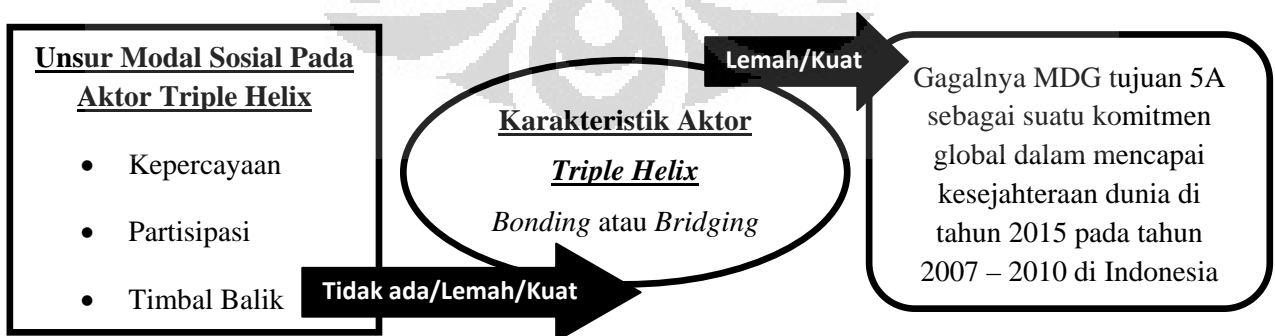
2. Partisipasi (*Participation*)

Kemampuan individu atau anggota komunitas untuk melibatkan diri dalam suatu jaringan hubungan sosial merupakan salah satu kunci keberhasilan untuk membangun modal sosial. Dalam penelitian ini, akan dilihat partisipasi antara tiga aktor *Triple Helix* melalui indikator bentuk partisipasi masing-masing aktor yang sesuai dengan tugas dan peran masing-masing aktor yang **ditunjukkan oleh partisipasi aktif masing** masing pihak dalam upaya pencapaian MDG tujuan 5A di Indonesia yang dimotori oleh pihak lainnya.

3. Timbal-Balik (*Reciprocity*)

Modal sosial selalu diwarnai oleh kecenderungan saling bertukar kebaikan di antara individu-individu yang menjadi bagian atau anggota jaringan. **Hubungan timbal balik** ini juga dapat diasumsikan sebagai **saling melengkapi dan saling mendukung satu sama lain**. Dalam penelitian ini, akan dilihat partisipasi antara tiga aktor *Triple Helix* melalui indikator **keberlanjutan kerjasama** yang terbentuk antar aktor sesuai dengan tugas dan peran masing-masing aktor atau manfaat balik yang dirasakan masing-masing aktor atas keterlibatan aktifnya dan pihak yang lain dalam upaya pencapaian MDG tujuan 5A di Indonesia.

Gambar 1.2. Model Analisis Sederhana



I.6 Asumsi dan Hipotesis Penelitian

Asumsi

Asumsi atau hal-hal yang dianggap benar yang menjadi landasan dalam penelitian ini adalah:

1. *Triple Helix* merupakan perumusan dari upaya pelibatan pemerintah, dunia bisnis dan akademisi sebagai bagian dari modal sosial.
2. Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mengupayakan tercapainya MDGs tujuan 5A di Indonesia melalui berbagai upaya kebijakan percepatan pencapaian MDGs dengan melibatkan peran serta modal sosial.

Hipotesis

Tidak adanya modal sosial pada aktor *Triple Helix* yaitu pemerintah, dunia bisnis dan akademisi pada upaya implementasi MDGs sebagai bentuk komitmen global, diyakini adalah faktor kegagalan pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia pada tahun 2007 – 2010.

I.7 Metodologi Penelitian

Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif. Penelitian kuantitatif dimulai dengan teori-teori umum. Dari teori-teori ini dibuat suatu konsep kemudian dari konsep ini dirumuskan suatu atau beberapa hipotesis. Hipotesis yang sudah dirumuskan tersebut perlu diuji.³⁹ Pendekatan kuantitatif menekankan secara khusus dalam mengukur variabel-variabel dan pembuktian hipotesis yang berkaitan dengan penjelasan suatu hubungan.⁴⁰

Dalam penelitian kuantitatif, teori yang digunakan akan kemudian dibuktikan dengan data lapangan, sehingga dari kombinasi kedua hal tersebut dapat dilakukan analisis dan mendapatkan suatu kebenaran. Kebenaran dalam

³⁹ Rony Kountur, *Metode Penelitian untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*, (Jakarta: PM, 2003), hal. 17.

⁴⁰ W. Lawrence Neuman, *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approach 4th Edition*, (USA: Allyn & Bacon, A Viacom Company, 2000), Hal. 63.

penelitian kuantitatif adalah kebenaran ilmiah yang diperoleh melalui penjelasan akurat tentang suatu variable, dan memiliki daya generalisasi yang baik, meskipun dalam penelitian ini pada penjelasan dan generalisasi tidak digunakan angka-angka.

Jenis penelitian yang digunakan adalah eksplanatif. Penelitian ini dilakukan untuk menemukan penjelasan tentang mengapa suatu kejadian atau gejala terjadi. Hasil akhir dari penelitian ini adalah gambaran mengenai hubungan sebab akibat.⁴¹ Penelitian eksplanatif bertujuan untuk membangun penjelasan mengenai faktor-faktor serta mekanisme yang menyebabkan terjadinya fenomena yang diteliti.⁴² Selain itu, tujuan penelitian ini adalah menghubungkan pola-pola yang berbeda namun memiliki keterkaitan dan menghasilkan pola hubungan sebab akibat.

Dalam penelitian ini berusaha untuk menjawab akar permasalahan yang menghambat implementasi pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia terutama dari sisi hubungan pemerintah dengan aktor lainnya dalam *civil society* melalui kerangka *Triple Helix*. Penelitian ini akan memaparkan penjelasan mengenai partisipasi masing-masing sektor dalam *Triple Helix* pada pencapaian MDGs tahun 2015 pada tahun 2007 – 2010, maupun hubungan diantara masing-masing pihak diukur dari unsur-unsur modal sosialnya sebagai indikator. Tujuan penelitian ini untuk memberikan penjelasan yang lengkap mengenai hubungan dari variabel yang ingin diteliti dan menguji kebenaran asumsi yang telah ada berdasarkan hasil penelitian lapangan.

Teori yang digunakan dalam penelitian ini merupakan dasar atau landasan kebijakan yang diasumsikan menjadi pertimbangan aktor dalam penelitian. Sedangkan konsep yang digunakan merupakan abstraksi atau pernyataan yang terbentuk dari generalisasi hal-hal yang bersifat khusus. Penelitian berupaya membuktikan kebenaran hipotesis yang telah diuraikan diatas.

⁴¹ Bambang Prasetyo dan Lina Miftahul Jannah, *Metode Penelitian Kuantitatif: Teori dan Aplikasi*, (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2005), Hal. 25.

⁴² Erwan Agus Purwanto dan Dyah Ratih Sulistyawati, *Metode Penelitian Kuantitatif*, (Yogyakarta: Gave Media, 2007), hal. 32.

Untuk mendapatkan gambaran yang lengkap mengenai fenomena sosial yang diteliti, maka data penelitian diupayakan sekomprehensif mungkin. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui dua teknik yaitu data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya, diamati dan dicatat untuk pertama kalinya. Data primer diperoleh melalui *indepth interview* atau wawancara terhadap narasumber terkait. Wawancara yang dilakukan adalah wawancara mendalam yang biasa digunakan sebagai salah satu instrumen penelitian dalam penelitian kualitatif. Wawancara dilakukan dengan informan atau narasumber dimana peneliti memiliki sejumlah pertanyaan dengan tujuan untuk mendapatkan keterangan mengenai permasalahan yang diangkat. Dalam melakukan wawancara peneliti menetapkan kriteria tertentu untuk menentukan informan. Kriteria ini mengacu pada 4 kriteria yang diajukan oleh Neuman dalam bukunya, yaitu:⁴³

The ideal informant has four characteristic:

- *The informant is totally familiar with the culture*
- *The individual is currently involved in the field*
- *The person can spend time with the researcher*
- *Nonanalytic individuals.*

Dalam mengadakan penelitian ini digunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*). Tujuan dari teknik wawancara mendalam adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kejadian, organisasi, kegiatan, tantangan, perasaan, motivasi, merekonstruksi kejadian yang dialami pada masa lalu, serta memproyeksikan hal-hal yang diharapkan akan terjadi di masa yang akan datang. Oleh karena itu dipilihlah narasumber berikut ini:

1. Pihak pemerintah

Kantor Utusan Presiden untuk MDGs (KUKPRI MDGs), wawancara dilakukan langsung dengan Prof Dr. Nila Moeloek sebagai Utusan Khusus Presiden untuk MDGs. Wawancara dimaksudkan untuk mengetahui posisi pencapaian Indonesia pada MDGs khususnya tujuan

⁴³ Neuman, *Op. Cit.*, hal. 394-395.

5A dan mengetahui tantangan yang ada dalam upaya pencapaian MDGs di Indonesia.

2. Pihak Akademisi

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang diwakili oleh Ibu Imami N. Rachmawati, SKp., M.Sc sebagai dosen pada Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas FIK UI. Wawancara dimaksudkan untuk mengetahui peran akademisi dalam pencapaian MDGs tujuan 5A dan hubungan antara akademisi dengan pemerintah dan dunia bisnis.

Wawancara berupa komunikasi verbal dan tertulis via *email* berdasarkan tujuan untuk mendapatkan informasi dengan pedoman wawancara. Pedoman wawancara disusun secara terstruktur sehingga memudahkan peneliti dalam memahami dan mendapatkan informasi yang diinginkan. Wawancara berupa daftar pertanyaan terbuka yang tidak membatasi jawaban dari informan sehingga benar-benar dapat memberikan jawaban sesuai dengan persepsi dan pengetahuan yang dimilikinya. Pedoman tidak bersifat mengikat, jadi apabila di dalam wawancara ada hal di luar pertanyaan yang dibahas namun memiliki keterkaitan dengan tema penelitian akan dijadikan bahan analisis.

Sedangkan data sekunder adalah data yang bukan diusahakan sendiri pengumpulannya oleh peneliti. Data sekunder berasal dari tangan kedua, ketiga dan seterusnya, artinya melewati satu atau lebih pihak yang bukan peneliti sendiri. Data sekunder diperoleh melalui metode studi kepustakaan dan literatur atau dokumen untuk mengumpulkan dan mempelajari data serta informasi yang diperoleh dari materi-materi tertulis yang diperoleh dari situs resmi, maupun dari buku, jurnal, atau hasil penelitian dari sumber yang *valid*. Pada penelitian ini, metode studi kepustakaan dan literatur atau dokumen digunakan untuk mendapatkan data dan informasi valid mengenai peran dan tugas aktor *Triple Helix*. Oleh karena itu, dipilihlah sumber sebagai berikut:

1. Pihak pemerintah

Kementerian Kesehatan untuk mengakses Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010 – 2014. Dari dokumen ini dimaksudkan untuk mengetahui peran dan tugas Kementerian Kesehatan yang

diturunkan melalui Rencana Strategis dalam mengambil kebijakan dan tindakan bidang kesehatan di Indonesia.

2. Pihak dunia bisnis

CCPHI (*Company – Community Partnerships for Health in Indonesia*) untuk mendapatkan data *case study* CSR perusahaan dalam cakupan waktu 2007 – 2010 dalam upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Dimaksudkan untuk mendapatkan informasi mengenai upaya yang telah dilakukan oleh dunia bisnis terkait pencapaian MDGs tujuan 5A.

3. Pihak akademisi

Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia untuk mendapatkan dokumen penelitian “Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat yang dilakuakn di provinsi NTT dan NTB pada tahun 2007”. Dimaksudkan untuk mendapatkan laporan kegiatan, informasi dan data terkait upaya yang telah dilakukan akademisi dalam mencapai MDGs tujuan 5A di Indonesia pada tahun 2007 – 2010.

Data tersebut diatas juga digunakan untuk melakukan *check* dan *recheck* antara satu sumber dengan sumber data lainnya, sebagai bentuk triangulasi untuk saling menguji keabsahan data tersebut. Setelah itu data akan diolah untuk kemudian dipergunakan dalam analisis secara komprehensif untuk menjawab pertanyaan permasalahan penelitian ini.

Berdasarkan teknik pengumpulan dan analisis data, penelitian ini tergolong penelitian yang menggunakan analisa data kualitatif. Penelitian ini lebih menekankan pada makna dan deskripsi sehingga proporsi analisis terhadap data yang telah dikumpulkan, lebih banyak menggunakan kata-kata. Selain itu, data berbentuk angka juga digunakan dalam analisis ini sebagai ilustrasi dan memudahkan analisis kualitatif.

I.8 Rencana Pembabakan Skripsi

Penelitian ini akan disusun dalam lima bab, dengan rincian sebagai berikut:

- Bab I merupakan Pendahuluan yang membahas latar belakang masalah, rumusan permasalahan, kerangka pemikiran, metodologi penelitian, tinjauan pustaka, dan sistematika penelitian.
- Bab II akan membahas mengenai kebijakan rezim internasional MDGs dan pencapaiannya terutama tujuan 5A hingga saat ini serta membahas tantangan-tantangan yang terjadi selama ini yang dihadapi sehingga menghambat tercapainya MDG tujuan 5A di Indonesia pada periode 2007 – 2010.
- Bab III akan memberikan gambaran sejauh mana upaya yang telah dilakukan masing-masing pihak dalam *Triple Helix* untuk mewujudkan MDG tujuan 5A di Indonesia untuk kemudian dianalisis peran masing-masing pihak dalam memenuhi unsur-unsur modal sosial yang mempengaruhi pencapaian MDG tujuan 5A di Indonesia yaitu unsur 1) kepercayaan (*trust*), 2) partisipasi, dan 3) timbal balik (*reciprocity*) dilihat dari sejauh mana peran serta para aktor yang terkait dalam model *Triple Helix* (akademisi/profesi, dunia bisnis, dan pemerintah) dalam mewujudkan ketiga unsur tersebut. Kemudian peneliti menganalisis lebih lanjut atas partisipasi masing-masing pihak dalam pemenuhan unsur-unsur modal sosial tersebut sehingga tampak sejauh mana kemampuan masing-masing pihak dalam membangun modal sosial bagi tercapainya MDGs.
- Bab IV merupakan penutup yang berisi kesimpulan atas penelitian dan saran atau rekomendasi terhadap permasalahan.

I.9 Tujuan dan Signifikansi Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis penyebab terhambatnya kebijakan pencapaian MDGs terutama tujuan 5A di Indonesia pada tahun 2007 – 2010. Penelitian ini diharapkan dapat secara komprehensif menyoroti dinamika yang menghambat pencapaian MDGs di negara berkembang selama ini, sehingga

dapat menggambarkan sejauh mana peran rezim internasional dalam mengimplementasikan kebijakannya dengan melibatkan *civil society* di negara berkembang. Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna dan menjadi rekomendasi agar kegagalan serupa tidak terulang kembali.

Signifikansi dari penelitian ini adalah paradigma dalam melihat MDGs sebagai rezim internasional yang dipengaruhi oleh berbagai unsur dalam *civil society* selain pemerintah dan lembaga PBB dalam signifikansi keberadaannya. Selama ini analisis pencapaian MDGs cenderung hanya berdasarkan perspektif kaca mata kebijakan publik tanpa melihat persinggungannya dengan *stakeholder* lainnya di masyarakat padahal peran serta para *stakeholder* sebagai modal sosial perlu didalami keberadaannya sebagai salah satu faktor penentu tercapainya rezim internasional. Analisis dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoritis terhadap ilmu Hubungan Internasional, terutama dalam kajian Institusi Internasional dengan melihat MDGs sebagai sebuah rezim dan kajian kesejahteraan global dengan pelibatan *civil society* sebagai modal sosial menjadi salah satu fokus dalam penelitian ini.

BAB II

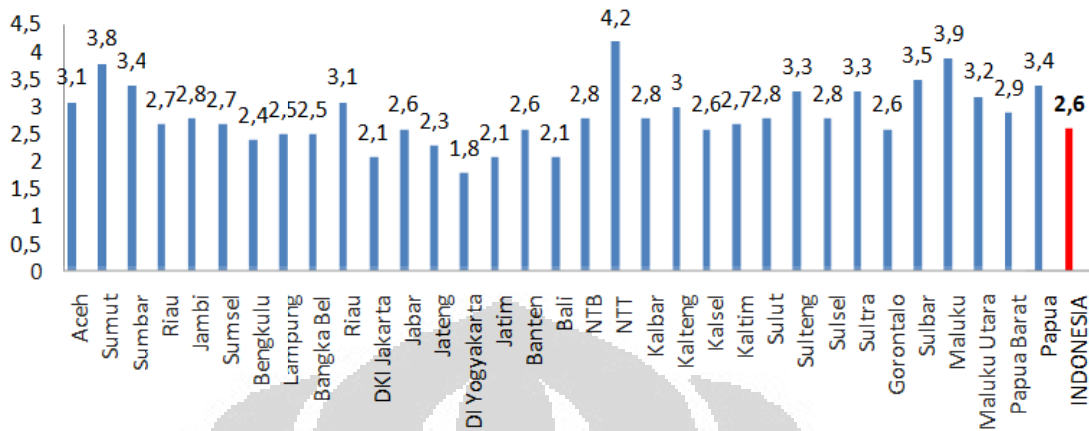
TANTANGAN DALAM PENCAPAIAN MDG TUJUAN 5A DI INDONESIA

II.1. Laju Pertambahan Penduduk dan Jumlah Penduduk yang Besar

II.1.1 Tingkat Kesuburan atau *Total Fertility Rate* (TFR) di Indonesia

Indonesia memiliki laju pertumbuhan penduduk yang tinggi. Meskipun laju pertumbuhan penduduk Indonesia sudah cenderung menurun, namun secara mutlak jumlahnya tetap besar dan masih akan terus meningkat sekitar 3 – 4 juta jiwa per tahun. Tingginya jumlah pertambahan penduduk jelas akan berdampak pada munculnya masalah sosial di Indonesia, salah satunya adalah kesehatan. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2000 sekitar 205,8 juta orang (Sensus Penduduk, 2000), telah meningkat menjadi 218,9 juta orang pada tahun 2005 (Supas, 2005), dan diperkirakan akan terus meningkat menjadi 234,2 juta orang pada tahun 2010, serta menjadi sebanyak 245,0 juta orang pada tahun 2014 (Proyeksi penduduk Indonesia 2005 – 2025 berdasarkan parameter hasil Supas 2005). Dengan kondisi tersebut, Indonesia termasuk negara dengan jumlah penduduk terbesar ke empat di dunia setelah Cina, India dan Amerika Serikat. **Tantangan ke depan adalah mengendalikan TFR yang merupakan faktor dominan dalam mempengaruhi laju pertumbuhan dan jumlah pertambahan penduduk di Indonesia.**

Grafik 2.1. Tingkat TFR di 33 Provinsi Tahun 2007



Sumber: BAPPENAS, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2007

Disparitas TFR di 33 provinsi masih tinggi. Berdasarkan hasil SDKI tahun 2007, TFR cenderung menurun namun belum mencapai sasaran ideal, yaitu 2,1. Selain itu, TFR sangat bervariasi antar wilayah, menurut kondisi sosial dan ekonomi tiap daerah. Grafik 2.1. menunjukkan bahwa TFR terendah berada pada tingkat 1,8 di DI Yogyakarta dan yang paling tinggi berada pada tingkat 4,2 di NTT dan Maluku pada 3,9.

Sementara itu, TFR di perdesaan lebih tinggi (2,8) dibandingkan dengan perkotaan (2,3).⁴⁴ Oleh karena itu, rata-rata jumlah anak yang dilahirkan pada kelompok miskin (4,2) lebih banyak dibandingkan dengan kelompok yang lebih mampu (3,0).⁴⁵ Selanjutnya, rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh perempuan yang berpendidikan rendah (4,1) lebih banyak dibandingkan dengan perempuan berpendidikan tinggi (2,7).⁴⁶

Berangkat dari kondisi tersebut diatas, diperlukan suatu upaya untuk memperlambat laju pertumbuhan penduduk – salah satunya melalui program KB. Upaya meningkatkan kesetaraan menggunakan KB dan akses terhadap pelayanan KB di daerah dengan TFR tinggi merupakan kunci untuk menahan laju pertumbuhan penduduk di daerah yang memiliki kesuburan tinggi. Disamping itu,

⁴⁴ Republik Indonesia, *Laporan RPJM 2005 – 2009*, hal. 12.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*

upaya untuk menyediakan pelayanan KB gratis bagi penduduk miskin dan rentan lainnya merupakan tantangan yang akan dihadapi.

II.1.2 Pemakaian Kontrasepsi atau *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) yang Masih Rendah di 33 Provinsi

Angka pemakaian kontrasepsi atau *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) masih rendah dan bervariasi antar provinsi, antar wilayah, dan antar status sosial. Bila dilihat hasil SDKI 2002 – 2003 dan 2007, CPR tidak memperlihatkan peningkatan yang berarti, yaitu masing-masing dari 56,7% menjadi 57,4% untuk cara modern.⁴⁷ Sedangkan untuk semua cara dari 60,3% menjadi 61,4%.⁴⁸

CPR terendah untuk semua cara terdapat di Maluku sebesar 34,1% dan untuk cara modern di Papua sebesar 24,5%. Sementara itu, CPR tertinggi untuk semua cara dan cara modern terdapat di Bengkulu yaitu 74,0% dan 70,4%. Terlihat pada Grafik 2.2. dimana terdapat disparitas CPR antar provinsi yang mengindikasikan kurang meratanya jangkauan program KB ke seluruh daerah di Indonesia. Selain itu, secara umum penggunaan kontrasepsi di Indonesia lebih yang hormonal dan bersifat jangka pendek – penggunaan terbanyak adalah suntikan. Penggunaan suntikan meningkat dari 28% pada tahun 2002 (SDKI, 2002 – 2003) menjadi 32% pada tahun 2007 (SDKI, 2007).⁴⁹ Sementara itu, pemakaian kontrasepsi yang bersifat jangka panjang, seperti sterilisasi (tubektomi dan vasektomi), IUD, dan implan cenderung menurun, yaitu dari sekitar 6% (SDKI, 2002 – 2003) menjadi sekitar 5% (SDKI, 2007).⁵⁰ **Tantangan yang dihadapi ke depan adalah upaya meningkatkan kesertaan ber-KB di daerah dengan CPR rendah, meningkatkan pemakaian kontrasepsi jangka panjang.**

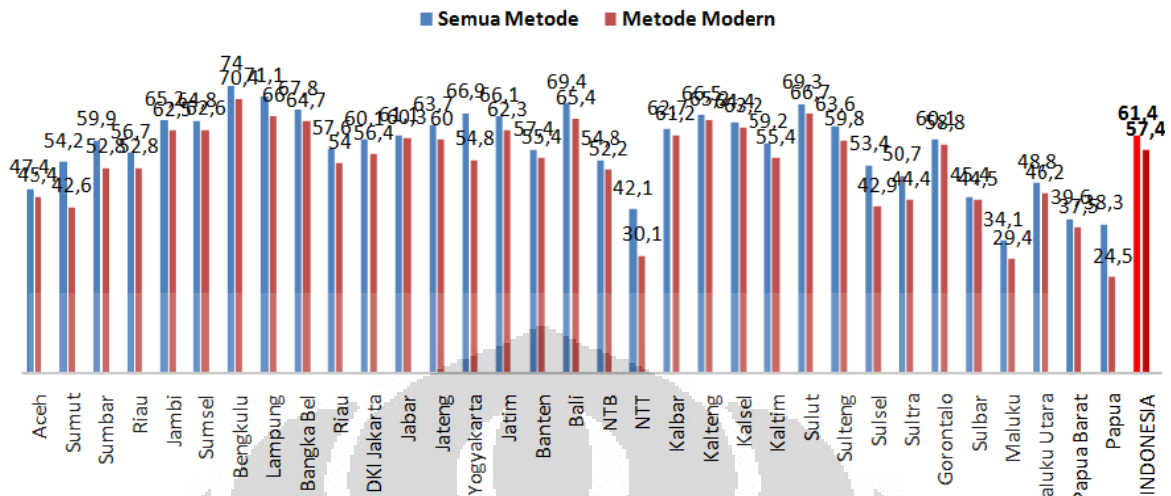
⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

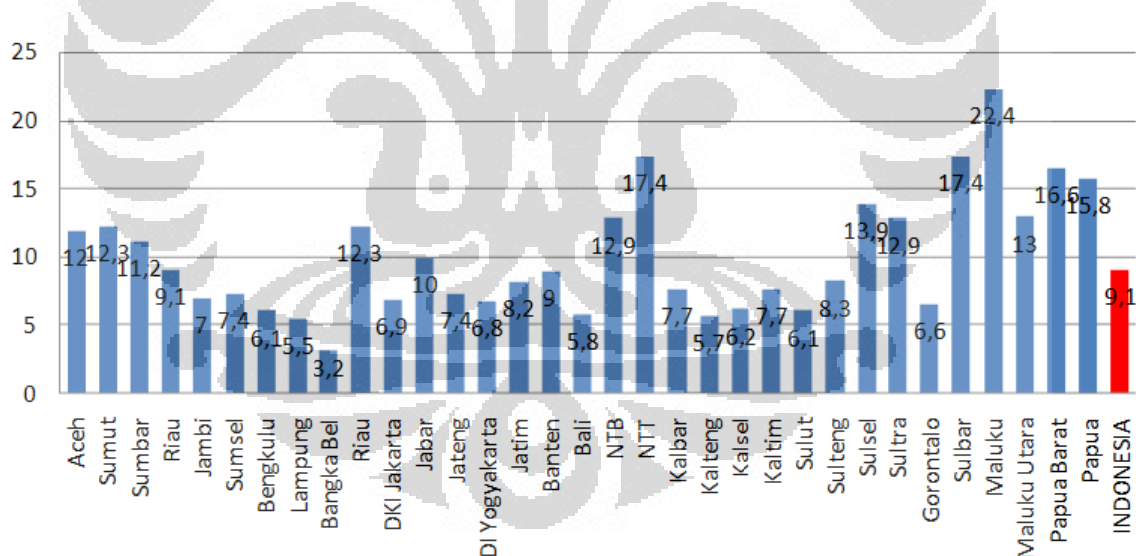
Grafik 2.2. Tingkat CPR di 33 Provinsi Tahun 2007



Sumber: BAPPENAS, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2007

II.1.3 Unmet Need Masih Tinggi

Grafik 2.3. Unmet Need di 33 Provinsi Pada Tahun 2007



Sumber: BAPPENAS, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2007

Jumlah pasangan usia subur yang ingin menunda kehamilan atau tidak menginginkan tambahan anak tetapi tidak menggunakan program KB (*unmet need*), meningkat dari 8,6% (SDKI, 2002 – 2003)⁵¹ menjadi 9,1% (SDKI, 2007).

⁵¹ *Ibid.*

Unmet need sangat bervariasi antar provinsi, dari Grafik 2.3 dapat dibaca bahwa daerah terendah di adalah Bangka Belitung sebesar 3,2% dan tertinggi di Maluku sebesar 22,4%. *Unmet need* yang tinggi ditemukan di daerah perdesaan sebesar 9,2%, daerah tertinggal, terpencil, serta perbatasan sebesar 20,4%, dan pada kelompok yang tidak berpendidikan sebesar 10,6%.⁵² Disamping itu, tingginya *unmet need* juga disebabkan oleh faktor psikologis yaitu ketakutan akan efek samping dan ketidaknyamanan akan pemakaian kontrasepsi – dimana mencerminkan masih rendahnya kualitas pelayanan KB. **Tantangan kedepan adalah diperlukannya upaya intensifikasi advokasi serta peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB terutama di daerah tertinggal, terpencil, serta perbatasan dan daerah dengan unmet need tinggi.**

II.1.4 Pengetahuan dan Kesadaran Remaja dan Pasangan Usia Subur Tentang KB dan Kesehatan Reproduksi Masih Rendah

Di Indonesia, terdapat remaja usia 15 – 24 tahun yang setuju melakukan hubungan seks pra-nikah sebesar 1% pada remaja putri dan 5% pada remaja laki-laki.⁵³ Selanjutnya, SDKI pada tahun 2007 menunjukkan 60% perempuan kawin dengan menghasilkan 2 anak, 75% perempuan kawin dengan menghasilkan 3 – 4 anak, dan 80% perempuan kawin dengan 5 atau lebih anak, tidak ingin menambah anak lagi.⁵⁴ Kecenderungan tersebut berpotensi meningkatkan kehamilan yang tidak diinginkan yang dapat mengarah kepada tindakan aborsi. Kedua kondisi tersebut tidak aman dan memiliki resiko yang tinggi, untuk itu diperlukan upaya peningkatan pemahaman kesehatan reproduksi bagi remaja, serta penyediaan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi bagi pasangan usia subur. **Tantangan kedepan adalah upaya peningkatan pengetahuan, kesadaran dan penyediaan layanan KB dan kesehatan reproduksi bagi remaja dan pasangan usia subur.**

⁵² *Ibid.*

⁵³ Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI), 2007.

⁵⁴ Republik Indonesia, *Laporan RPJM 2005 – 2009*, hal. 13.

II.1.5 Partisipasi Keluarga dalam Pengasuhan dan Pembinaan Tumbuh Kembang Anak dan Remaja Belum Optimal

Salah satu upaya meningkatkan pengetahuan keluarga dalam pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak dan remaja adalah melalui pembinaan kelompok Bina Keluarga Balita (BKB) dan Bina Keluarga Remaja (BKR). Data BKKBN menunjukkan jumlah kelompok BKB menurun secara signifikan dari 106.755 kelompok pada tahun 2005 menjadi 69.573 kelompok pada tahun 2007. Jumlah kelompok BKR juga menurun dari 43.752 kelompok pada tahun 2005 menjadi 29.248 kelompok pada tahun 2007. **Tantangan ke depan adalah meningkatkan akses keluarga terhadap informasi pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak dan remaja.**

II.1.6 Pembinaan dan Kemandirian Peserta KB Belum Optimal.

Terkait dengan peserta KB, terdapat hambatan apabila angka CPR nasional telah mencapai di atas 50%. Hal ini dikarenakan pasangan usia subur yang tidak menggunakan program KB (*unmet need*) pada umumnya adalah kelompok-kelompok sulit yang tersebar di daerah-daerah terpencil, tertinggal, kelompok miskin, dan berpendidikan rendah. Sehingga, tingginya jumlah CPR dan kebutuhan akan pelayanan KB di daerah-daerah tertinggal akan menjadi hambatan bagi pemerintah. Untuk mencapai kelompok-kelompok tersebut, diperlukan upaya inovatif yang, antara lain, dapat dilakukan melalui pembinaan kelompok-kelompok kegiatan di tingkat masyarakat, dengan menyediakan akses terhadap sumber permodalan. **Tantangan ke depan adalah meningkatkan peran kelompok-kelompok kegiatan yang ada di tingkat masyarakat sebagai media dalam meningkatkan keikutsertaan pada layanan KB.**

II.1.7 Kapasitas Kelembagaan Program KB Masih Terbatas

Pada tahun 2007, ditetapkan PP No. 38 Tahun 2007 dan PP No. 41 Tahun 2007 yang mengatur mengenai program KB, sehingga menjadi urusan wajib bagi pemerintah daerah dan kelembagaannya menjadi satu rumpun dengan urusan

pemberdayaan perempuan. Pada akhir tahun 2009, terdapat beberapa bentuk kelembagaan KB, bervariasi antar daerah – dimana menunjukkan komitmen pemerintah daerah yang rendah. Sekitar 81,95% kelembagaan KB di kabupaten/kota diwujudkan dalam bentuk badan, 16,08% berbentuk kantor, dan 1,96% berbentuk dinas.⁵⁵ Sekitar 90,87% kelembagaan KB digabungkan dengan 1 atau 2 bidang lain yang kurang relevan, dan hanya 9,13% yang utuh, serta beberapa kabupaten/kota tidak memiliki institusi untuk melaksanakan program KB.⁵⁶ Jumlah pengendali lapangan atau pengawas PLKB (PPLKB) dan petugas lapangan KB (PLKB) atau penyuluh KB (PKB), yang merupakan salah satu kunci penentu keberhasilan program KB, mengalami penurunan menjadi 75% dari jumlah sebelum desentralisasi.⁵⁷ **Tantangan ke depan adalah meningkatkan advokasi kepada pemerintah daerah tentang pentingnya program KB, dan meningkatkan jumlah dan kompetensi tenaga pengelola serta pelaksana program KB di daerah.**

II.1.8 Kebijakan Pengendalian Penduduk Belum Sinergis

Kebijakan pengendalian kependudukan yang terkait dengan kuantitas, kualitas, dan mobilitas belum konsisten dilakukan oleh pemerintah. Disamping itu, masih terdapat kebijakan pembangunan lainnya yang kurang mendukung kebijakan pengendalian kuantitas penduduk. Penyelesaian masalah kependudukan melibatkan berbagai sektor dan stakeholders. Sehingga dibutuhkan sinergitas antara para pemangku kepentingan untuk dapat mewujudkan SDM yang berkualitas dan berdaya saing. **Tantangan ke depan adalah mensinergikan kebijakan kependudukan agar konsisten dan berkesinambungan.**

II.1.9 Ketersediaan dan Kualitas Data Kependudukan Masih Terbatas

Data dan informasi kependudukan yang komprehensif seharusnya berasal dari registrasi penduduk yang meliputi data kelahiran, kematian, dan perpindahan.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ *Ibid.*

Sampai saat ini data registrasi belum dapat dimanfaatkan secara optimal karena masih rendahnya cakupan daerah dan kejadian yang dilaporkan, kurangnya jumlah dan rendahnya kualitas tenaga pencatat, dan rendahnya kesadaran masyarakat dalam melaporkan perubahan atas peristiwa penting yang dialaminya. Hal ini terjadi karena kurangnya informasi tentang kewajiban masyarakat untuk melapor dan terbatasnya jangkauan masyarakat ke tempat pelayanan. **Tantangan ke depan adalah meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya melaporkan kejadian vital, serta meningkatkan cakupan dan kualitas data kependudukan dari berbagai sumber.**

II.2 Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Rendah

II.2.1 Status Kesehatan Ibu yang Masih Rendah

Kesehatan ibu merupakan indikator penting dalam pembangunan kesehatan, selain menunjukkan kinerja pelayanan kesehatan nasional juga menjadi komitmen internasional dalam pencapaian target MDG tujuan 5. Kesehatan ibu ditandai dengan indikator AKI yang selama empat tahun terakhir telah menurun secara signifikan menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Namun, untuk mengejar sasaran MDG tujuan 5 menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada akhir tahun 2015 diperlukan upaya dan kerja keras untuk mencapainya.

Rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu menjadi penyebab utama masih tingginya kematian ibu. Kondisi ini ditandai dengan rendahnya kepatuhan ibu (*compliance*) dalam menjaga kesehatan dan rendahnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Di samping itu, tingginya kematian ibu melahirkan dipengaruhi juga oleh rendahnya status gizi ibu hamil, terbatasnya sarana Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED), Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), pos bersalin desa (Polindes) dan unit transfusi darah. Selain itu, ibu yang melahirkan difasilitasi pelayanan kesehatan baru mencapai sekitar 46%, akibat dari kendala jarak, biaya dan karena masalah budaya masyarakat.⁵⁸ **Tantangan ke depan adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu melalui perbaikan**

⁵⁸ *Ibid.*, hal. 14.

gizi, peningkatan pengetahuan ibu, pemenuhan ketersediaan tenaga kesehatan, penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, serta meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan.

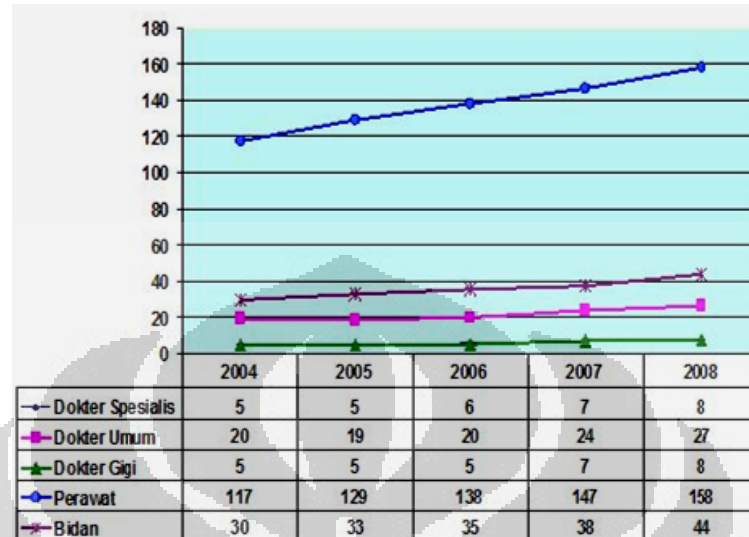
II.2.2 Ketersediaan Tenaga Kesehatan Masih Terbatas

Pada beberapa dekade terakhir, terdapat peningkatan jumlah, jenis, dan kualitas tenaga kesehatan, tetapi distribusi tenaga kesehatan belum merata. Seperti yang ditunjukkan pada Gambar 2.5., rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk untuk dokter, dokter spesialis, dokter gigi, perawat, dan bidan mengalami peningkatan mulai dari tahun 2004 sampai dengan tahun 2008. Jika dibandingkan dengan negara-negara lain di regional Asia Tenggara, Indonesia memiliki jumlah dan rasio tenaga dokter yang relatif masih rendah, misalnya di Filipina sebesar 58 dan Malaysia sebesar 70 tenaga dokter per 100.000 penduduk.⁵⁹ Sementara itu, penyebaran tenaga dokter lebih banyak di daerah Jawa dan Bali – dibandingkan dengan daerah lainnya. Walaupun rasio dokter dengan penduduk relatif seimbang antara daerah Jawa dan Bali yaitu sebesar 18,5 per 100.000 penduduk dan daerah lainnya sebesar 18,1 per 100.000 penduduk, karena karakteristik geografis yang lebih sulit di luar daerah Jawa dan Bali, hal ini menyebabkan akses penduduk terhadap tenaga kesehatan menjadi terbatas.⁶⁰

⁵⁹ *Ibid.*, hal. 18.

⁶⁰ *Ibid.*

**Gambar 2.5. Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk
Tahun 2004 – 2008**



Sumber: BAPPENAS, Data Kementerian Kesehatan, 2008

Disparitas tenaga kesehatan lebih jelas terlihat antara daerah perkotaan dan perdesaan baik dari segi jumlah maupun rasionya. Penempatan tenaga kesehatan di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan terus ditingkatkan, dan berhasil menempatkan dokter spesialis menjadi 1.025 orang (2007); dokter/dokter gigi menjadi 3.905 (2007); dan bidan desa menjadi 18.317 orang (2007).⁶¹ Kualitas tenaga kesehatan juga masih rendah akibat belum optimalnya sistem akreditasi institusi pendidikan kesehatan dan sertifikasi lulusan. **Tantangan ke depan adalah memperbaiki kualitas perencanaan, produksi dan pendayagunaan yang menjamin terpenuhinya jumlah, mutu, dan persebaran tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan daerah kepulauan yang didukung dengan penguatan regulasi termasuk akreditasi dan sertifikasi.**

⁶¹ *Ibid.*

II.2.3 Ketersediaan dan Pengawasan Obat dan Makanan Masih Terbatas

Ketersediaan dan distribusi obat ke berbagai daerah di Indonesia sudah terus membaik, tetapi masih terdapat masalah pada penggunaan, harga, mutu, dan pengawasan obat yang belum optimal. Ketersediaan obat esensial di tingkat puskesmas mencapai lebih dari 80%. Hingga saat ini, terdapat sekitar 16.000 jenis obat yang terdaftar dan 400 jenis obat yang tercantum dalam daftar obat esensial nasional, 220 di antaranya merupakan obat generik esensial.⁶² Dalam hal penyediaan obat, Indonesia telah mampu untuk dapat memproduksi vaksin, baik untuk kebutuhan dalam negeri maupun ekspor. Sektor pengobatan tradisional cukup beragam dan substansial, serta secara luas masih digunakan terutama di daerah perdesaan. Obat tradisional produksi rumah tangga berkembang menjadi industri dengan lebih dari 900 industri kecil dan 130 industri menengah, 69 di antaranya telah mendapat sertifikat *good traditional medicine manufacturing practice (GT MMP)*.⁶³ Perkembangan industri obat tradisional ini didukung dengan potensi 9.600 jenis tanaman yang mempunyai efek pengobatan, dan 300 di antaranya telah digunakan sebagai bahan baku industri.⁶⁴

Dalam hal distribusi obat, saat ini terdapat sekitar 2.600 agen (*wholesaler*) yang beroperasi di tingkat kabupaten/kota.⁶⁵ Obat-obatan tersebut dapat diakses oleh masyarakat melalui berbagai gerai (*outlet*) atau apotek. Obat-obat esensial untuk pelayanan dasar juga tersedia di seluruh puskesmas dan rumah sakit baik pemerintah maupun dunia bisnis. Dari segi ketenagaan, jumlah tenaga farmasi terus meningkat. Saat ini diperkirakan terdapat sekitar 14.600 apoteker dengan 3000 – 4000 lulusan apoteker baru setiap tahun dari sekitar 60 institusi pendidikan.⁶⁶

Berkaitan dengan harga obat pemerintah telah mengeluarkan kebijakan tentang pengaturan harga obat esensial – agar dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat. Untuk mekanisme penetapan harga obat sektor dunia bisnis saat ini diserahkan kepada pasar karena merupakan komoditas perdagangan. Secara

⁶² *Ibid.*, hal. 19.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *Ibid.*, hal. 20.

umum, harga sebagian besar obat di Indonesia berada dalam rata-rata harga internasional. Walaupun harga obat relatif terjangkau, ancaman fluktuasi harga obat masih tinggi, antara lain, karena tingginya ketergantungan pada bahan baku obat dari luar negeri, yaitu sekitar 80 – 85%. Selain itu, harga obat masih relatif mahal akibat biaya transportasi.⁶⁷

Dalam penggunaan obat, telah dilakukan upaya penyuluhan dan penyebaran informasi agar obat digunakan secara tepat dan rasional, serta menghindari penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat. Upaya penggunaan obat rasional dilaksanakan dengan penerapan konsep obat esensial, penggunaan obat generik serta promosi/informasi penggunaan obat rasional.⁶⁸ Tuntutan masyarakat untuk mendapatkan perlindungan terhadap peredaran produk obat dan makanan yang tidak memenuhi persyaratan makin meningkat. Dimana, pada beberapa tahun belakangan ini ditemukan kasus penyalahgunaan formalin dan bahan berbahaya lain, cemaran mikroba dalam produk makanan termasuk pada jajanan anak sekolah, serta berbagai peralatan dan kemasan makanan yang mengandung bahan kimia berbahaya.

Di samping itu, peredaran narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA) ilegal di Indonesia menjadi tantangan baru terkait pengawasan peredaran obat, kondisi ini tidak terlepas dari kondisi global dunia. Saat ini Indonesia tidak saja menjadi negara tujuan dan transit perdagangan NAPZA ilegal, tetapi telah menjadi produsen NAPZA ilegal, khususnya golongan Amphetamine Type Stimulate (ATS), dengan semakin meningkatnya temuan laboratorium ilegal (clandestine laboratory) belakangan ini. **Tantangan ke depan adalah meningkatkan ketersediaan, keterjangkauan, dan pemerataan obat dengan terus meningkatkan produksi obat nasional melalui pemanfaatan bahan baku obat dalam negeri, pengawasan peredaran NAPZA ilegal, peningkatan penegakan hukum sebagai tindak lanjut dari hasil penyidikan terhadap pelanggaran, serta pengawasan obat dan makanan yang dilakukan secara komprehensif dan sistemik dari produksi hingga konsumsi.**

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

II.2.4 Pembiayaan Kesehatan Untuk Memberikan Jaminan Perlindungan Kesehatan Masyarakat Masih Terbatas

Pembiayaan kesehatan cenderung meningkat, tetapi belum sepenuhnya dapat memberikan jaminan perlindungan kesehatan kepada masyarakat. Pengeluaran kesehatan total (*total health expenditure*) pada periode 2004 – 2008 mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Anggaran pemerintah pusat dan daerah naik 4 kali lipat dalam 5 tahun terakhir.⁶⁹ Jika dibandingkan dengan rekomendasi WHO, yaitu sebesar USD 35 – 40 per kapita per tahun, anggaran pemerintah (*public health expenditure*) ini telah mencapai 70% dari rekomendasi WHO tersebut.⁷⁰ Pengeluaran kesehatan total dan pengeluaran anggaran kesehatan oleh pemerintah terhadap PDB relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN. Total pengeluaran anggaran kesehatan di Indonesia pada tahun 2008 sebesar 2% dari PDB (World Bank, 2009). Sebagai perbandingan, pada tahun 2005 rasio pengeluaran total kesehatan terhadap PDB di Brunei (3,5%), Kamboja (12%), Malaysia (3,8%), Filipina (2,9%), Singapura (4,3%), Thailand (4,4%) dan Vietnam (5,2%). Rekomendasi WHO mengenai anggaran kesehatan adalah sekitar 5% dari PDB. Pembiayaan kesehatan sebagian besar masih berasal dari pemerintah pusat dan kontribusi pemerintah daerah walaupun menunjukkan kecenderungan meningkat, masih kecil. Sumber pembiayaan kesehatan di daerah terutama berasal dari APBD, dana alokasi khusus (DAK), dana dekonsentrasi, dan dana perbantuan.⁷¹

Anggaran tersebut terutama digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin (Jamkesmas), peningkatan upaya keterjangkauan harga obat, dan bantuan pemerintah pada institusi pelayanan pusat kesehatan di daerah. Tingkat penyerapan dana (realisasi anggaran APBN) masih rendah, terutama karena *public financial management* secara keseluruhan yang belum mantap. Efisiensi alokatif dan efisiensi teknis pembiayaan pemerintah masih

⁶⁹ *Tingkatkan Kesehatan Warga, Anggaran Kesehatan dinaikkan*, diakses dari <http://krjogja.com/read/109457/www.computa.co.id/computashop/> (8/5/2012) pada pukul 18.27 WIB.

⁷⁰ *Financing Health*, diakses dari <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRChap7.pdf>, hal. 228, (8/5/2012) pada pukul 18.30 WIB.

⁷¹ Republik Indonesia, *Laporan RPJM 2005 – 2009*, hal. 20.

belum optimal dan masih cenderung lebih banyak untuk penyediaan sarana dan prasarana kesehatan daripada untuk pembiayaan operasional. Kedepan pembiayaan kesehatan akan diarahkan untuk mencapai keseimbangan pembiayaan kegiatan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Dalam rangka perlindungan terhadap risiko finansial akibat masalah kesehatan, cakupan asuransi kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu masih sekitar 48% dengan rincian 18,7% asuransi kesehatan pegawai negeri sipil (PNS), TNI/POLRI, tenaga kerja di sektor formal dan asuransi bagi penduduk yang mampu, serta 29,3% Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).⁷² Kelompok masyarakat pada sektor informal sebagian besar belum tercakup dalam sistem jaminan pelayanan kesehatan. Pada penduduk miskin, jaminan pelayanan kesehatan telah mampu meningkatkan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan baik di puskesmas maupun di rumah sakit, tetapi belum sepenuhnya dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin terutama untuk daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. Cakupan sasaran Jamkesmas meningkat dari 36,4 juta orang (2005) menjadi 76,4 juta orang (2007).⁷³ **Tantangan ke depan adalah meningkatkan pembiayaan kesehatan yang diikuti oleh peningkatan perlindungan finansial terhadap risiko kesehatan yang mencakup seluruh penduduk Indonesia serta peningkatan efisiensi penggunaan anggaran.**

II.2.5 Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pembangunan Kesehatan Belum Optimal

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan diwujudkan dalam bentuk promosi kesehatan dan UKBM seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Upaya ini ditujukan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu melaksanakan upaya pemeliharaan kesehatan secara mandiri. Pada tahun 2006 tercatat sekitar 270.000

⁷² *Ibid.*

⁷³ *Ibid.*

posyandu.⁷⁴ Peran posyandu dalam sistem pelayanan kesehatan cukup penting terutama dalam kegiatan penyuluhan dan pembinaan kesehatan masyarakat, penanganan kesehatan khususnya bagi ibu dan anak secara holistik dan terintegrasi. Pada tahun 2008 telah tersedia lebih dari 43.000 poskesdes sebagai bagian dari infrastruktur Desa Siaga.⁷⁵ Belum optimalnya upaya pemberdayaan masyarakat disebabkan, antara lain, belum dipadukannya kegiatan UKBM dengan kegiatan yang berdampak pada peningkatan pendapatan masyarakat.

Kegiatan promosi kesehatan dikembangkan melalui konsep PHBS yang ditandai dengan sepuluh (10) indikator yaitu:⁷⁶ (1) pertolongan ibu melahirkan oleh tenaga kesehatan, (2) pemberian ASI eksklusif pada bayi umur 0-6 bulan, (3) kebiasaan merokok, (4) aktivitas fisik, (5) konsumsi sayur dan buah, (6) penggunaan jamban sehat, (7) akses terhadap air bersih, (8) kesesuaian luas lantai dengan penghuni, (9) jenis lantai rumah bukan tanah (kedap air), dan (10) kepemilikan jaminan kesehatan. Pencapaian sasaran PHBS pada tingkat rumah tangga sampai saat ini masih rendah yaitu 36,3% pada tahun 2007.⁷⁷ Pencapaian ini masih lebih rendah jika dibandingkan dengan target pada tahun 2009 sebesar 60% akibat belum intensifnya kegiatan promosi kesehatan.⁷⁸ **Tantangan ke depan adalah peningkatan promosi kesehatan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat melalui kerjasama lintas sektor yang didukung oleh kebijakan dan peraturan perundangan.**

II.2.6 Manajemen Pembangunan Kesehatan Belum Efektif

Efektivitas manajemen pembangunan kesehatan yang meliputi pengelolaan sistem informasi kesehatan, administrasi, penataan hukum kesehatan, pengembangan, dan pemanfaatan hasil penelitian pengembangan kesehatan masih

⁷⁴ *Straegi Nasional Pengendalian TB 2010 – 2014*, diakses dari http://www.pppl.depkes.go.id/_asset/_regulasi/STRANAS_TB.pdf (8/5/2012) pada pukul 18.48 WIB.

⁷⁵ Republik Indonesia, *Laporan RPJM 2005 – 2009*, hal. 21.

⁷⁶ *10 Indikator PHBS*, Diakses dari <http://www.puskel.com/10-indikator-phbs-tatanan-rumah-tangga/> (8/5/2012) pada pukul 19.00 WIB.

⁷⁷ *Mempercepat Pencapaian PHBS di Masyarakat*, <http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=478&pg=6> (8/5/2012) pada pukul 19.05 WIB.

⁷⁸ Republik Indonesia, *Laporan RPJM 2005 – 2009*, hal. 22.

belum optimal. Arus informasi kesehatan dari daerah ke pusat dan sebaliknya terutama yang berbasis fasilitas sejak desentralisasi mengalami berbagai hambatan. Ketersediaan data lebih mengandalkan hasil survei yang periode ketersediaannya belum sesuai dengan keperluan perencanaan dan evaluasi program. Instrumen pengelolaan administrasi bidang kesehatan telah disusun melalui berbagai perumusan kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan yang dituangkan dalam RPJM bidang kesehatan tahun 2005 – 2025, Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2005 – 2009 dan 2010 – 2014, SKN, dan ditetapkannya Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan.⁷⁹ Namun, konsistensi dan implementasi berbagai kebijakan tersebut perlu terus ditingkatkan antara RPJM, RKP, Rencana Strategis, serta dokumen penganggarannya.

Penyusunan peraturan perundang-undangan, harmonisasi peraturan, pelayanan advokasi hukum, peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur kesehatan belum terlaksana dengan baik. Sementara itu, sebagian besar hasil penelitian dan pengembangan belum dimanfaatkan sebagai dasar pengambilan keputusan. Untuk itu, pada tahun 2007 telah dilakukan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang merupakan upaya baru dalam melengkapi data dasar untuk penyusunan kebijakan berbasis bukti atau *evidence based*.⁸⁰ Kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan perlu terus ditingkatkan terutama dalam pengembangan produk obat dan vaksin, serta perancangan alat-alat kesehatan untuk mencapai kemandirian. **Tantangan ke depan adalah bagaimana meningkatkan efektivitas dan kualitas manajemen pembangunan kesehatan melalui penguatan sistem informasi dan survailans kesehatan, pengelolaan administrasi dan hukum, serta penelitian dan pengembangan kesehatan.**

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ *Ibid.*

II.2.7 Kesenjangan Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat Antar Wilayah dan Tingkat Sosial Ekonomi Masih Lebar

Status kesehatan dan gizi masyarakat terus membaik tetapi masih terjadi disparitas antar wilayah dan tingkat sosial ekonomi. Secara umum status kesehatan masyarakat pada kawasan Indonesia bagian timur lebih rendah jika dibandingkan dengan kawasan Indonesia bagian barat. Demikian pula, masih terjadi disparitas status kesehatan antara daerah perkotaan dengan perdesaan. Status kesehatan di daerah perkotaan lebih baik jika dibandingkan dengan daerah perdesaan.

Selain itu, disparitas terjadi antar tingkat sosial ekonomi. Kelompok masyarakat miskin status kesehatannya cenderung lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok masyarakat mampu. Akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan masih rendah disebabkan oleh kesulitan geografis, ketersediaan sarana pelayanan kesehatan, tenaga dan biaya operasional. Faktor lain yang mempengaruhi disparitas adalah adanya perbedaan kemampuan fiskal masing-masing kabupaten/kota.⁸¹ Daerah dengan kemampuan fiskal rendah cenderung mempunyai kemampuan terbatas pada alokasi pembangunan kesehatan. **Tantangan ke depan adalah memperbaiki kesenjangan status kesehatan dan gizi masyarakat antar wilayah dan antar tingkat sosial ekonomi melalui sinergitas kebijakan, pengalokasian tenaga kesehatan, pengembangan instrumen monitoring serta peningkatan advokasi dan peningkatan kapasitas untuk daerah tertinggal.**

II.2.8 Akses Masyarakat Terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Masih Rendah

Dalam skala nasional, jumlah fasilitas pelayanan kesehatan terus meningkat namun aksesibilitas masyarakat terutama penduduk miskin di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan masih terbatas. Pada tahun 2007, rasio puskesmas terhadap penduduk adalah 3,6 per 100.000 penduduk. Selain itu, jumlah puskesmas pembantu (Pustu) dan

⁸¹ *Ibid.*, hal. 23.

puskesmas keliling (Pusling) terus meningkat.⁸² Akses masyarakat dalam mencapai sarana pelayanan kesehatan dasar cukup baik, yaitu 94% masyarakat dapat mengakses sarana pelayanan kesehatan kurang dari 5 km.⁸³ Akses masyarakat terhadap UKBM cukup baik, ditandai dengan 78,9% rumah tangga berada kurang dari satu km dari fasilitas UKBM tersebut.⁸⁴ Walaupun akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya sudah cukup bagus, kualitas pelayanannya masih perlu ditingkatkan, terutama pelayanan kesehatan preventif dan promotif.⁸⁵ Untuk itu, kinerja puskesmas di bidang pelayanan kesehatan preventif dan promotif yang meliputi kesehatan ibu dan bayi, gizi, imunisasi, kesehatan lingkungan, promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan pembinaan upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti posyandu, polindes, dan poskesdes perlu ditingkatkan dengan penyediaan dukungan biaya operasional untuk puskesmas. Pada beberapa wilayah masih terdapat penduduk yang mengalami kendala jarak dan waktu untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Kondisi ini diperburuk dengan kondisi jaringan jalan dan listrik yang masih belum memadai.

Terkait dengan akses masyarakat kepada unit kesehatan atau rumah sakit umum (RSU) pemerintah telah meningkat dari 625 pada tahun 2004 menjadi 667 tahun 2007,⁸⁶ sedangkan rumah sakit swasta meningkat dari 621 menjadi 652.⁸⁷ Pada tahun 2007, rasio tempat tidur pada rumah sakit terhadap jumlah penduduk sebesar 63,3 tempat tidur per 100.000 penduduk.⁸⁸ Rasio ini masih lebih rendah jika dibandingkan target nasional tahun 2009 sebesar 75 tempat tidur per 100.000 penduduk.⁸⁹ Selain itu, sistem rujukan belum optimal walaupun utilisasi fasilitas kesehatan meningkat pesat. Masalah lain yang perlu diperhatikan dalam menyediakan layanan kesehatan adalah layanan bagi penduduk usia lanjut yang jumlahnya cenderung semakin besar. Selain itu, terdapat masalah lain yang perlu

⁸² *Ibid.*

⁸³ Riskesdas, [http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/2010/\(9/5/2012\)](http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/2010/(9/5/2012)) pada pukul 12.22 WIB.

⁸⁴ Republik Indonesia, *Laporan RPJM 2005 – 2009*, hal. 23.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Data dan Informasi Kesehatan, diakses dari <http://www.depkes.go.id/downloads/Booklet/Data%20&%20Informasi%20untuk%20Pimpinan.pdf> (9/5/2012) pada pukul 12.30 WIB.

⁸⁹ *Ibid.*

diperhatikan dalam menyediakan layanan kesehatan yaitu kebutuhan pelayanan kesehatan bagi penduduk yang tinggal di daerah rawan bencana, dimana kapan saja dapat terjadi situasi darurat yang membutuhkan layanan kesehatan. Hal tersebut dikarenakan letak geografis Indonesia yang berada di antara dua lempeng bumi rawan terhadap terjadinya bencana alam. Selain itu, keragaman etnis yang seharusnya menjadi kekuatan bangsa seringkali berpotensi menimbulkan konflik sosial. **Tantangan ke depan adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat melalui penyediaan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai untuk merespons dinamika karakteristik penduduk dan kondisi geografis.**

Secara umum, terdapat dua tantangan yang dihadapi yaitu tantangan terkait bidang demografi dan kesehatan. Pada bidang demografi, terdapat sembilan tantangan yang dihadapi yaitu pada tantangan bidang demografi adalah pada tingginya jumlah penduduk yang diakibatkan dari tingginya TFR (*Total Fertility Rate*), dimana hal ini merupakan faktor dominan dalam mempengaruhi laju pertumbuhan dan jumlah penduduk. Kemudian, tingginya TFR tersebut tidak seimbang dengan angka pemakaian alat kontrasepsi atau KB di Indonesia. Lebih lanjut lagi, kecilnya angka pemakaian KB diakibatkan dari kurangnya pelayanan KB tersebut khususnya di daerah yang meliputi lemahnya kesadaran masyarakat, informasi mengenai KB, pendidikan kesehatan, tenaga pemasang KB, dan kebijakan atau regulasi lintas lembaga yang mendukung program KB di Indonesia.

Pada bidang kesehatan, terdapat delapan tantangan yang dihadapi pada bidang kesehatan adalah pada rendahnya status kesehatan ibu yang masih rendah yang juga diikuti oleh rendahnya kualitas dan pelayanan kesehatan. Mengenai pelayanan kesehatan di Indonesia terdapat beberapa tantangan turunan yaitu ketersediaan tenaga kesehatan yang belum tersebar, ketersediaan dan pengawasan obat dan makanan, biaya kesehatan yang masih tinggi, pemberdayaan masyarakat yang belum optimal, manajemen pembangunan kesehatan yang belum efektif, dan terbatasnya akses kesehatan masyarakat khususnya di daerah. Adapun tantangan strategis lain yang perlu mendapat perhatian dalam upaya mempercepat pencapaian MDGs bidang kesehatan yaitu melalui penguatan desentralisasi di

bidang kesehatan, serta mempersempit disparitas status kesehatan antar wilayah, antar tingkat sosial ekonomi, dan gender.

Disamping tantangan tersebut diatas, penelitian ini melihat bahwa terdapat tantangan lain yang juga memiliki pengaruh besar pada pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia, yaitu tantangan institusional. Berangkat dari pendapat para akademisi seperti Easterly, dimana dia berpendapat bahwa dalam upaya mencapai MDGs dibutuhkan kerjasama antar *stakeholder* di masyarakat.⁹⁰ Penelitian ini kemudian menjadikan tantangan institusional menjadi fokus dari penelitian. Hal ini diturunkan melalui konsep modal sosial yang dianalisis dari aktor *Triple Helix* pada pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia pada tahun 2007 – 2010.

II.3 Implementasi MDG Tujuan 5A di Indonesia

II.3.1 Peran Penting Modal Sosial

Menurut Green dan Haines dalam membangun masyarakat diperlukan suatu modal komunitas atau modal masyarakat.⁹¹ Modal komunitas atau masyarakat yang dimaksudkan disini setidaknya terbangun atas lima modal yaitu modal manusia, modal sosial, modal fisik, modal keuangan dan modal lingkungan. Menurut mereka, konsep modal sosial sudah diaplikasikan dalam berbagai isu di masyarakat. Secara umum pentingnya modal sosial adalah untuk mempermudah penyelesaian masalah-masalah yang bersifat umum yang selama ini sulit untuk dipecahkan oleh tindakan individu, sehingga menurut keduanya modal sosial adalah titik sentral untuk membangun bentuk-bentuk modal komunitas lainnya. Oleh karena itu dalam penelitian ini, modal sosial yang menjadi salah satu hal yang harus diperhatikan mengingat peran sentralnya dalam membentuk modal komunitas di masyarakat.

Selain itu konsep modal sosial ini menjadi penting untuk dibahas karena dalam konteks pembangunan ada keharusan untuk memasukkan dimensi kultural dalam berbagai upaya yang dilakukan serta mengidentifikasi rintangan-rintangan

⁹⁰ www.huffingtonpost.com, *Loc. Cit.*

⁹¹ Green, Paul G., dan Anna Haines, *Asset Building and Community Development*, (California: Sage Publication, 2002).

sosial dalam mengembangkan institusi kemasyarakatan maupun kelembagaan organisasi yang modern.⁹²

Menurut Hasbullah, terkait dengan persoalan kesejahteraan terdapat eksklusifisme budaya yang berpotensi menjadi salah satu faktor yang menghambat kemungkinan berkembangnya modal sosial ke arah yang dapat menghasilkan dampak positif bagi kesejahteraan masyarakat.⁹³ Dalam bukunya diuraikan bahwa masyarakat dengan kohesifitas sosial yang tinggi di dalam kelompok sosialnya namun memiliki *bridging* yang rendah akan menghasilkan keterkungkungan budaya dari kemungkinan ide, pemikiran dan perkembangan yang datang dari luar entitas kultur lokalnya.⁹⁴

Menurut Hasbullah, kebijakan untuk menghidupkan modal sosial jarang disentuh dalam proses pembangunan di Indonesia.⁹⁵ Dengan mengambil contoh sebuah desa di daerah Martapura, ia mengungkapkan bahwa modal sosial di masyarakat tradisional pada umumnya ada namun lemah dan hanya memiliki dimensi internalitas (*bonding*) yang malah merantai masyarakat.⁹⁶ Dijelaskan bahwa masyarakat Martapura memiliki kohesifitas yang relatif kuat, namun terbatas pada ritual agama dan adat tetapi tidak memiliki energi perubahan karena lemahnya topangan nilai-nilai dan norma yang selaras dengan tuntutan modernitas.

Kualitas kelembagaan budaya di masyarakat Indonesia sangat mempengaruhi kualitas modal sosialnya dan selalu berujung pada kuatnya *bonding* yang terbatas pada formalitas agama dan adat serta lemahnya kemampuan *bridging* masyarakatnya.⁹⁷ Di dalam masyarakat Indonesia pada dasarnya terdapat modal dasar berupa nilai-nilai yang mengedepankan partisipasi sosial (modal sosial) seperti budaya gotong royong, kelembagaan bagi hasil, dan

⁹² Fukuyama, *Loc. Cit.*

⁹³ Hasbullah, J., *Loc. Cit.*

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ Rachmat Sentika, *Op. Cit.*, hal. 29.

berbagai bentuk kearifan lokal (*local wisdom*) yang dimiliki semua etnis yang dapat dikembangkan sebagai bagian dari budaya ekonomi modern.⁹⁸

Modal sosial tersebut telah teruji oleh sejarah sebagai suatu mekanisme penting baik dalam mencapai pertumbuhan dan peningkatan daya beli masyarakat. Oleh karena itu, dalam mengaplikasikan kebijakan ditingkat masyarakat memang harus melibatkan partisipasi masyarakat. Dalam perjalanan proses dan program-program pemberdayaan yang pernah ada di Indonesia, secara umum masih sering ditemui berbagai hambatan dan kegagalan dalam hal implementasi. Hal paling mendasar dan menghambat justru adalah kesadaran masyarakat akan perlunya partisipasi publik sebagai bagian dari modal sosial dan juga tidak adanya *trust* dari publik kepada pemerintah dan begitu pula sebaliknya.⁹⁹

Lebih lanjut lagi dijelaskan bahwa proses pemberdayaan dan pembangunan yang dilaksanakan dengan pendekatan *top-down* dengan sistem sentralistik, politik, meskipun di bidang ekonomi cukup menggembirakan, dimana implementasi pendekatan dan sistem pembangunan tersebut mengakibatkan keikutsertaan masyarakat dalam pembangunan,¹⁰⁰ namun hal ini bukan dalam pengertian partisipasi, tetapi lebih terkait pada proses mobilisasi. Oleh karena itu, kegiatan pembangunan makin menjadikan masyarakat bergantung terhadap input-input dari pemerintah. Masyarakat menjadi kurang percaya diri, tidak kreatif dan tidak inovatif. Secara politik, dengan pendekatan *top-down* dan sistem sentralistik tersebut hak-hak masyarakat terserap ke dalam. Sehingga melalui sistem tersebut tidak muncul pemikiran kritis dari masyarakat sebagai kontrol terhadap kebijakan pemerintah.

Modal sosial merupakan identitas atau jati diri bangsa yang harus dipupuk dan dijaga. Sedangkan pemerintah atas dasar pembangunan mencoba memasukan unsur eksternal pada kebudayaan lokal terlebih ada kaitan dengan nilai materi yang secara tidak langsung merubah tatanan sosial yang sudah ada.

⁹⁸ Mawardi, *Peranan Social Capital dalam Pemberdayaan Masyarakat*, (Komunitas Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam, Volume 3, No. 2, 2007).

⁹⁹ Rachmat Sentika, *Op. Cit.*, hal. 32.

¹⁰⁰ *Ibid.*

Diharapkan dalam bentuk jaringan dan gerakan aksi kolektif di ranah masyarakat sipil harus menjadi kekuatan utama untuk pelaksanaan kebijakan kesejahteraan rakyat. Salah satu bentuk sinergi kekuatan *civil society* tersebut dapat didorong oleh pemerintah melalui sinergi yang baik dan kuat setidaknya dengan sektor non-pemerintah seperti dunia bisnis dan akademisi.

II.3.2 Masalah Institusional

Proses implementasi MDGs sebagai bentuk rezim internasional dalam upaya meningkatkan kesejahteraan rakyat Indonesia telah melalui banyak tantangan, salah satunya adalah tantangan institusional. Dalam hal ini institusional bermakna sebagai peran kelembagaan berupa organisasi, norma, kebijakan maupun penentu kebijakan dalam menangani pencapaian MDGs. Pada dasarnya peran penentu kebijakan di Indonesia telah melakukan berbagai upaya intervensi kelembagaan untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat selama ini.

Salah satu contoh sukses intervensi kelembagaan adalah Posyandu yang berjalan hingga di tingkat RT sejak tahun 1980an. Posyandu merupakan contoh efektifnya kelembagaan dalam penanganan masalah kesejahteraan rakyat secara langsung dengan melibatkan sinergi kemitraan dengan masyarakat (partisipasi publik). Namun demikian spirit kemitraan pemerintah dan masyarakat saat ini telah menghilang, hal ini tampak dari menurunnya kegiatan posyandu secara drastis dalam satu dekade terakhir hingga tinggal 50% di seluruh Indonesia.

Hilangnya peran aktif kelembagaan dalam merespon dan bermitra secara langsung di masyarakat juga mengurangi peran kelembagaan di tingkat masyarakat itu sendiri dalam mengentaskan masalah kesejahteraan rakyat. Pada akhirnya, berkurangnya peran kelembagaan juga berkontribusi terhadap lambatnya peningkatan kesejahteraan rakyat Indonesia dalam satu decade terakhir, meskipun pemerintah tetap berupaya maksimal melalui anggaran. Hal ini pun membuktikan suatu program pemerintah akan sulit berjalan tanpa adanya sinergi yang baik antar *stakeholders* dalam membangun modal sosial.

Pada kenyataannya dari sisi *supply*, pemerintah tidak bisa bekerja sendiri tanpa adanya dukungan strategis dari berbagai *stakeholders* mengingat betapa

kompleksnya masalah di daerah tertinggal sementara sumber daya pemerintah sampai saat ini masih terbatas.¹⁰¹ Dari sisi *demand*, masyarakat sendiri tidak bisa didekati begitu saja melalui suatu program yang instan, mengingat masyarakat daerah tertinggal cenderung belum siap dan lebih resisten terhadap perubahan.¹⁰²

Tantangan utama dalam hal pembangunan Indonesia terkait dengan institusional adalah rendahnya kapasitas sumberdaya manusia, dan rendahnya kemampuan lembaga pemerintah dan masyarakat.

Namun dari sisi kesejahteraan, masih juga terdapat permasalahan yaitu terdapat disparitas yang tinggi antar daerah, baik dari sisi kesenjangan pendapatan daerah, maupun kesejahteraan manusia yang masih jauh lebih rendah dari angka nasional. Hal tersebut menunjukkan masih besarnya tantangan yang harus dihadapi pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan rakyat. Oleh karena itu diperlukan suatu solusi Kebijakan Strategis yang mampu menekan kesenjangan yang tinggi antar daerah, baik dari sisi kesenjangan pendapatan daerah, maupun kesejahteraan manusia secara lebih cepat dan simultan untuk mendorong tercapainya pembangunan daerah tertinggal secara signifikan.

II.3.3 Kebutuhan akan *Triple Helix*

Mengingat rendahnya partisipasi publik dalam pembangunan kesejahteraan rakyat dan keterbatasan wewenang yang dimiliki masing-masing Kementerian dan Lembaga, maka perlu dilakukan suatu strategi kemitraan komprehensif dengan melakukan kerjasama kemitraan strategis dalam peningkatan kualitas kesejahteraan rakyat di Indonesia. Kerjasama ini perlu dilakukan secara lintas sektoral baik pada tataran nasional maupun lintas jenjang pemerintahan terkait dengan otonomi daerah serta *stakeholders* lain yang memiliki kompetensi dan kapasitas dalam upaya peningkatan kualitas kesejahteraan rakyat. Keterlibatan *multistakeholders* merupakan kunci dari upaya pembangunan kesejahteraan rakyat Indonesia.¹⁰³ Partisipasi publik dan peran kemitraan telah memiliki kerangka hukum yang tegas dalam berbagai regulasi kebijakan yang diterbitkan. Salah satu

¹⁰¹ *Ibid.*, hal. 1.

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ *Ibid.*, hal. 4.

contoh adalah UU PT terbaru yang mencantumkan pasal terkait kewajiban CSR sektor usaha dan masih banyak lagi. Namun yang menjadi tantangan adalah rendahnya implementasi kebijakan yang mewujudkan kemitraan dan partisipasi publik menjadi nyata operasional berjalan di masyarakat.

Pada dasarnya kemitraan strategis dapat dilakukan secara multisektoral secara *Triple Helix* yaitu melalui *Academician, Business, and Government (ABG)*,¹⁰⁴ yang semuanya itu merupakan *stakeholders* dalam *civil society*. Adapun beberapa bentuk kerjasama yang dapat dilakukan antara lain;¹⁰⁵

- Kerjasama Kemitraan Strategis Lintas Sektoral K/L
- Kerjasama Kemitraan Strategis K/L – Akademisi
- Kerjasama Kemitraan Strategis K/L – Organisasi Profesi
- Kerjasama Kemitraan Strategis K/L – CSR Dunia Bisnis
- Kerjasama Kemitraan Strategis K/L – Pemerintah Daerah

Seluruh kerangka kerjasama tersebut melibatkan tiga domain besar antara lain domain pemerintah, domain akademisi dan profesi serta domain dunia bisnis. Ketiga domain inilah yang harus dijembatani untuk memperlancar pembangunan kesejahteraan rakyat. Disisi lain, terdapat domain keempat yakni masyarakat sebagai obyek pembangunan sekaligus pelaksana langsung di lapangan dengan demikian modal sosial dapat terbangun dengan kuat. Pemahaman mengenai modal sosial dan *Triple Helix* merupakan salah satu jalan strategis untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat Indonesia, khususnya terkait dengan implementasi MDG tujuan 5A.

¹⁰⁴ Lihat pada bab I pada kerangka konsep: *Triple Helix*.

¹⁰⁵ *Ibid.*, Hal. 5.

BAB III

**ANALISIS PERAN *TRIPLE HELIX* DALAM PENCAPAIAN MDG
TUJUAN 5A DI INDONESIA PADA TAHUN 2007 – 2010**

III.1 *Triple Helix* Sebagai Aplikasi Mobilisasi Modal Sosial

*“The three different spheres of business, higher education and public institutions working together on new tasks and in new fields. These three spheres together, and not only by themselves, make it possible to obtain an enhanced outcome from the cooperation and invested capital, in the form of innovative new products and solutions”.*¹⁰⁶

(Interact Program – Uni Eropa)

Salah satu bentuk aplikasi mobilisasi modal sosial adalah melalui konsep *Triple Helix* dimana di Indonesia pada awalnya dikembangkan dalam konteks riset dan teknologi. Menurut *Interact Program* Uni Eropa, kerangka kerjasama *Triple Helix* merupakan suatu konsep dimana tiga bidang yang berbeda yakni dari sisi bisnis, pendidikan tinggi dan institusi publik bekerja bersama dalam suatu tugas baru dan area kerja baru. Ketiga bidang ini dengan cara bersama-sama, tidak sendiri-sendiri memperoleh *outcome* yang meningkat dari kerjasama dan modal yang diinvestasikan bersama dalam suatu bentuk solusi dan produk baru.

Tiga komponen dalam model ini sangat berperan penting dalam mengembangkan konsep-konsep baru secara bersama-sama untuk menyelesaikan masalah-masalah pembangunan termasuk masalah pembangunan kesejahteraan rakyat. Interaksi ketiga komponen ini dapat dipadukan dalam menciptakan suatu solusi baru bagi program pembangunan kesejahteraan rakyat.

Namun demikian, perlu juga diperhatikan mengenai partisipasi masyarakat setempat maupun pemerintah daerah, oleh karenanya irisan peran ketiganya harus bertemu didalam komponen masyarakat daerah tertinggal itu sendiri. Ketiga sektor harus bersikap obyektif dengan memperhatikan suara, aspirasi serta potensi

¹⁰⁶ Kirsti Mijnhijmer, *Northern Periphery Programme 2007 – 2013, Core Concepts & Partnership Constellation* (Copenhagen, 2012).

masyarakat setempat dengan metode partisipatif. Dengan demikian interaksi yang terjadi ditingkat nasional tetap terjaga keberlangsungannya hingga ditingkat terbawah tanpa ada distorsi masalah.

III.2 Peran Aktor *Triple Helix* Dalam Implementasi MDGs Tujuan 5A

III.2.1 Peran Pemerintah dalam *Triple Helix*

Seperti yang telah dijelaskan mengenai kebutuhan akan adanya *Triple Helix* pada pembangunan kesejahteraan rakyat. Dalam relasi *Triple Helix*, meskipun masing-masing pihak memiliki tugas dan peran yang berbeda-beda dan bersifat independen, peran pemerintah tidak bisa dilepaskan dalam proses pembangunan. Peran pemerintah secara ideal adalah untuk mendorong terjadinya relasi antara dua pihak lainnya untuk bersama-sama mengembangkan kegiatan bagi kepentingan kesejahteraan rakyat. Tanpa adanya peran pemerintah maka kepentingan publik belum tentu dapat dipenuhi. Pemerintah berkepentingan untuk mengarahkan kegiatan pada terwujudnya kepentingan publik.

Selain itu pemerintah dapat pula berperan sebagai penyedia data, program dan koordinator program (*Provider*). *Provider* dimaksudkan disini yaitu sebagai penyedia informasi dan data agar program dapat berjalan secara optimal dan tepat sasaran. Dalam hal ini pemerintah dapat memainkan peran koordinasi secara lebih optimal dengan dukungan penuh dunia bisnis secara strategis. Pemerintah terutama di tingkat daerah kabupaten ataupun kota pun berperan penuh dalam pelaksanaan implementasi program sekaligus juga dalam menyediakan program data. Oleh karenanya perlu dilakukan kerjasama secara lintas sektoral maupun antar jenjang pemerintahan pusat – daerah.

Republik Rakyat China (RRC) merupakan contoh dimana pemerintah memainkan peran besar dalam mewujudkan terjadinya *Triple Helix*. Pemerintah memiliki mandat khusus untuk mengorganisir dan mendorong agar kedua pihak lainnya bergerak menuju kepentingan publik tertentu.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Rachmat Sentika, *Op. Cit.*, hal. 44.

Berdasarkan penelitian Etzkowitz¹⁰⁸, banyak universitas pemerintah yang lahir membentuk basis pemerintah RRC untuk menerapkan model *Triple Helix*. Hampir seluruh aktivitas penelitian universitas dikontrol oleh pemerintah pusat. Disisi lain, dunia bisnis yang diwakili oleh BUMN RRC masih mendominasi sektor industri, maka intervensi pemerintah untuk mendorong terjadinya *Triple Helix* memainkan peran yang sangat penting.

Selain RRC, pemerintah Amerika Serikat juga dapat dijadikan contoh bentuk lain dari penerapan *Triple Helix* melalui model *laissez faire*. Di Amerika Serikat fokus yang kuat terjadi pada peran besar organisasi *volunteer* dan yayasan yang mengisi kekosongan antara pemerintah dan sektor dunia bisnis. Peran lembaga-lembaga ini lebih besar ketimbang upaya setiap pihak untuk mengambil tanggung jawab lebih.

Inisiatif *Triple Helix* di Amerika Serikat cenderung muncul secara *bottom up*, dimana peran pemerintah akan terlibat belakangan jika ada kebutuhan dan memungkinkan secara politis.¹⁰⁹ Peran pemerintah sangat dibatasi di Amerika Serikat. Independensi dan otonomi industri dan universitas sangat kuat yang didukung oleh sistem hukum setempat.¹¹⁰ Oleh karenanya persinggungan pemerintah dalam *Triple Helix* cenderung bersifat tidak langsung. Pemerintah dapat berperan penuh secara langsung dalam keadaan darurat, sebagai contoh ketika terjadi krisis minyak 1970-an, pemerintah Amerika Serikat selalu terlibat langsung untuk membantu industri yang masih hidup dan membangun lagi industri yang baru, namun peran ini hanya terjadi sesaat dan kemudian berkurang kembali ketika ekonomi pulih.

Terkait dengan universitas, pemerintah Amerika Serikat berperan dalam menjembatani hubungan antara universitas dan industri dengan menyediakan sistem pendanaan riset. Bentuk dukungan Pemerintah Amerika Serikat kepada industri meliputi dukungan infrastruktur, kebijakan, dan *human capital* (pendidikan, institusional). Sebagian besar dana penelitian di Amerika Serikat berasal dari kontribusi sektor dunia bisnis. Pemerintah lebih fokus kepada

¹⁰⁸ Etzkowitz H., Zhou C., Dzisah J., dan M. Ranga, "The Triple Helix Model of Innovation" in *Tech Monitor* (Jan–Feb 2007).

¹⁰⁹ *Ibid.*, hal. 45.

¹¹⁰ *Ibid.*

penelitian dasar dan terapan yang mekanismenya pendanaannya dilakukan oleh *National Science Foundation* (NSF).¹¹¹

Selain itu pemerintah Amerika Serikat lebih banyak berperan dalam hal penyediaan regulasi terutama dalam hal regulasi pajak dan paten serta pengawasan pelaksanaan.

Dalam model overlapping inilah peran kampus bergeser, bahkan secara drastis. Jika pada dasarnya kampus memainkan peran besar sebagai masyarakat berbasis ilmu pengetahuan, pada akhirnya kampus bergeser dan mengambil peran membentuk perusahaan. Sementara pemerintah malah berperan dalam penyediaan modal dan dunia usaha berperan dalam melatih dan meningkatkan kapasitas ke level yang lebih tinggi.

III.2.1.1 Upaya Pemerintah: Kesehatan Ibu Sebagai Prioritas Pembangunan Nasional

Berdasarkan kondisi bangsa Indonesia saat ini, dengan memperhatikan tantangan yang dihadapi dalam 20 tahun mendatang, dan dengan memperhitungkan modal dasar yang dimiliki oleh bangsa Indonesia, maka Visi Pembangunan Nasional tahun 2005 – 2025 adalah mewujudkan Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur. Untuk mencapai visi tersebut dilaksanakan melalui delapan Misi Pembangunan Nasional sebagai berikut:¹¹²

1. mewujudkan masyarakat berakhlak mulia, bermoral, beretika, berbudaya, dan beradab berdasarkan falsafah Pancasila;
2. mewujudkan bangsa yang berdaya-saing;
3. mewujudkan masyarakat demokrasi berlandaskan hukum;
4. mewujudkan Indonesia aman, damai, dan bersatu;
5. mewujudkan pemerataan pembangunan dan berkeadilan;
6. mewujudkan Indonesia asri dan lestari;

¹¹¹ *Ibid.*, hal. 47.

¹¹² Republik Indonesia, Visi Pembangunan Nasional Tahun 2005 – 2025, diakses dari <http://pse.litbang.deptan.go.id/ind/pdf/files/SUP7-1.pdf> (3/05/2012), pada 10.00 WIB.

7. mewujudkan Indonesia menjadi negara kepulauan yang mandiri, maju, kuat, dan berbasiskan kepentingan nasional; dan
8. mewujudkan Indonesia berperan penting dalam pergaulan dunia internasional.

Strategi untuk melaksanakan visi dan misi tersebut dijabarkan secara bertahap dalam periode lima tahunan yang tertuang dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM). Tahapan pembangunan lima tahunan tersebut secara ringkas adalah sebagai berikut:¹¹³

1. RPJM ke-1 (2005 – 2009) diarahkan untuk menata kembali dan membangun Indonesia di segala bidang yang ditujukan untuk menciptakan Indonesia yang aman dan damai, yang adil dan demokratis, dan yang tingkat kesejahteraan rakyatnya meningkat;
2. RPJM ke-2 (2010 – 2014) ditujukan untuk lebih memantapkan penataan kembali Indonesia di segala bidang dengan menekankan pada upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia termasuk pengembangan kemampuan iptek serta penguatan daya saing perekonomian;
3. RPJM ke-3 (2015 – 2019) ditujukan untuk lebih memantapkan pembangunan secara menyeluruh di berbagai bidang dengan menekankan pencapaian daya saing kompetitif perekonomian berlandaskan keunggulan sumber daya alam dan sumber daya manusia berkualitas serta kemampuan iptek yang terus meningkat;
4. RPJM ke-4 (2020 – 2025) ditujukan untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai wilayah yang didukung oleh SDM berkualitas dan berdaya saing.

III.2.1.1.1 RPJMN ke-1 Periode 2005 – 2009

Selama periode 2005 – 2009, berbagai upaya pembangunan sosial telah meningkatkan kualitas SDM Indonesia yang salah satunya ditandai dengan

¹¹³ Republik Indonesia, RPJPN 2005 – 2025, *Loc. Cit.*

membaiiknya derajat kesehatan dan taraf pendidikan penduduk yang didukung oleh meningkatnya ketersediaan dan kualitas pelayanan sosial dasar bagi seluruh rakyat Indonesia. Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Pencapaian status kesehatan dan gizi masyarakat merupakan kinerja sistem kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat dan daerah serta berbagai komponen masyarakat. Kinerja pembangunan kesehatan dicapai melalui pendekatan enam sub-sistem dalam sistem kesehatan nasional (SKN), yaitu sub-sistem: (1) upaya kesehatan; (2) pembiayaan kesehatan; (3) sumberdaya manusia kesehatan; (4) sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; (5) manajemen dan informasi kesehatan; dan (6) pemberdayaan masyarakat. Keenam sub-sistem tersebut saling terkait dengan berbagai sistem lain di luar SKN antara lain sistem pendidikan, sistem ekonomi, dan sistem budaya.

Status kesehatan dan gizi masyarakat Indonesia yang diukur dari umur harapan hidup (UHH), angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB), dan prevalensi kekurangan gizi pada balita terus menunjukkan perbaikan, seperti tampak pada Tabel 2.1.

Tabel 3.1. Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat Tahun 2004 – 2009

Indikator Status Kesehatan Masyarakat	Status Awal	Target 2009	Pencapaian Target
Umur harapan hidup (tahun)	66,2 ^{a)}	70,6	70,7 ^{f)}
Angka kematian ibu (per 100 ribu kelahiran hidup)	307 ^{b)}	226	228 ^{d)}
Prevalensi kekurangan gizi (persen)	28,0 ^{c)}	20	18,4 ^{e)}
Angka kematian bayi (per 1000 kelahiran hidup)	35 ^{b)}	26	34 ^{d)}

Sumber: BAPPENAS, ^{a)} Inkesra, 2004; ^{b)} SDKI, 2002–2003; ^{c)} Susenas, 2005; ^{d)} SDKI, 2007; ^{e)} Riskesdas, 2007; ^{f)} Proyeksi BPS, 2008.

Kinerja upaya kesehatan terus menunjukkan perbaikan, dapat diamati dari berbagai indikator upaya kesehatan, seperti kesehatan ibu dan anak, imunisasi,

perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, dan pengendalian penyakit. Alokasi anggaran kesehatan pemerintah dan pemerintah daerah pada RPJM 2005 – 2009 mengalami peningkatan cukup signifikan. Anggaran pemerintah pusat meningkat 4 kali lipat selama 5 tahun terakhir. Begitu pula halnya dengan anggaran kesehatan yang berasal dari pemerintah daerah terus meningkat. Sejalan dengan meningkatnya anggaran kesehatan, cakupan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin juga mengalami peningkatan secara signifikan, yaitu dari 36,4 juta jiwa pada tahun 2005 menjadi 76,4 juta jiwa pada tahun 2009.¹¹⁴ Sementara itu, sumberdaya manusia kesehatan terus membaik dalam jumlah, kualitas, dan penyebaran untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah terutama pada daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Ketersediaan, keterjangkauan, mutu, serta penggunaan obat dan perbekalan kesehatan semakin membaik.

Selanjutnya, manajemen kesehatan yang mencakup; perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban pembangunan kesehatan terus dikembangkan. Upaya untuk menyusun perumusan kebijakan kesehatan yang berbasis bukti, monitor secara menyeluruh, dan regulasi bidang kesehatan baik jenis, jumlah maupun efektivitasnya juga terus ditingkatkan. Sementara itu, pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan juga terus dikembangkan melalui upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) dengan pelibatan lintas sektor, penerapan peraturan perundangan yang terkait dengan promosi kesehatan serta perpaduan dengan kegiatan yang berdampak pada peningkatan pendapatan masyarakat (*income generating*).¹¹⁵

III.2.1.1.2 RPJMN ke-2 Periode 2010 – 2014

Pada saat ini, pembangunan nasional telah sampai pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM ke-2) tahun 2010-2014. Visi Pembangunan Nasional tahun 2010-2014 adalah sebagai berikut: Terwujudnya Indonesia yang Sejahtera, Demokratis, dan Berkeadilan. Visi ini dijabarkan

¹¹⁴ Republik Indonesia, *Laporan RPJM 2005 – 2009*, hal. 4.

¹¹⁵ *Ibid.*

melalui tiga Misi Pembangunan Nasional yaitu: (i) melanjutkan pembangunan menuju Indonesia yang sejahtera; (ii) memperkuat pilar-pilar demokrasi; dan (iii) memperkuat dimensi keadilan di semua bidang. Visi dan Misi Pembangunan Nasional 2010-2014 dirumuskan dan dijabarkan lebih operasional ke dalam sejumlah program prioritas nasional sebagai berikut: (1) reformasi birokrasi dan tata kelola; (2) pendidikan; (3) kesehatan; (4) penanggulangan kemiskinan; (5) ketahanan pangan; (6) infrastruktur; (7) iklim investasi dan usaha; (8) energi; (9) lingkungan hidup dan bencana; (10) daerah tertinggal, terdepan, terluar, dan pasca konflik; (11) kebudayaan, kreativitas, dan inovasi teknologi. Disamping sebelas prioritas nasional tersebut di atas, upaya untuk mewujudkan Visi dan Misi Pembangunan Nasional juga melalui pencapaian prioritas nasional lainnya di bidang politik, hukum, dan keamanan, di bidang perekonomian, dan di bidang kesejahteraan rakyat.

Seperti yang telah disebutkan di atas kesehatan merupakan salah satu dari program prioritas nasional 2010-2014. Kesehatan adalah hak dan investasi, setiap warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin, untuk itu diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat. Kualitas kesehatan masyarakat Indonesia selama ini tergolong rendah, terutama pada masyarakat miskin yang kurang memperhatikan kesehatan mereka. Hal ini disebabkan karena rendahnya tingkat pemahaman mereka akan pentingnya kesehatan bagi hidup mereka, padahal kesadaran rakyat tentang pemeliharaan dan perlindungan kesehatan sangatlah penting untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.¹¹⁶ Sementara itu, rendahnya derajat kesehatan masyarakat juga disebabkan oleh ketidakmampuan mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena ketidakmampuan masyarakat dalam membayar pelayanan kesehatan.

Dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) pada Pasal 28H, menetapkan menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin, dalam implementasinya dilaksanakan

¹¹⁶ Jamkesmas, <http://jdih.bpk.go.id/wp-content/uploads/2012/02/Tulisan-hukum-Jamkesmas1.pdf> (3/05/2012), pada 10.30 WIB.

secara bertahap sesuai kemampuan keuangan pemerintah dan pemerintah daerah.¹¹⁷ Kesehatan merupakan aspek penting dalam kehidupan masyarakat, maka pemerintah harus menciptakan suatu pembangunan kesehatan yang memadai agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan Indonesia.

Dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan UUD 1945, setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara, dan upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat.¹¹⁸

III.2.1.2 Peran Kantor Utusan Presiden RI (KUKPRI) untuk MDGs dalam Penurunan Tingkat Kematian Ibu

Terkait dengan upaya pencapaian MDGs tahun 2015 di Indonesia, Presiden telah menunjuk Prof Dr. Nila Moeloek sebagai Utusan Khusus Presiden pada April 2010. Peran Utusan Khusus Presiden RI untuk MDGs adalah sebagai fokus utama (*focal point*) untuk merepresentasikan Presiden RI di forum-forum internasional dan nasional. Sesuai dengan Instruksi Presiden No. 3 Tahun 2010, bahwa Kementerian Keuangan, Pendidikan, Lingkungan Hidup, Kesehatan dan Koordinasi Bidang Kesejahteraan Rakyat diwajibkan untuk mengarusutamakan MDGs ke dalam program-program mereka. Kementerian-kementerian ini memiliki alokasi dalam APBN agar dapat mengimplementasikan program-program yang akan memiliki dampak positif pada pencapaian MDGs.¹¹⁹

¹¹⁷ Republik Indonesia, UUD 1945 Pasal 28H.

¹¹⁸ Republik Indonesia, UU No. 36 tahun 2009.

¹¹⁹ Pran KUKPRI MDGs, diakses dari

<http://mdgsindonesia.org/index.php/text/176/Tentang%20KUKPRI-MDGs> (29/05/2012), pada pukul 11.42 WIB.

Kegiatan yang dilaksanakan oleh Kantor Utusan Presiden untuk MDGs adalah untuk memperkuat dan menopang upaya-upaya dari kementerian-kementerian terkait tersebut.¹²⁰ Sehingga, tugas dari KUKPRI untuk MDGs yaitu sebagai pusat informasi dan strategi yang juga melakukan monitor kepada sektor pemerintah lainnya maupun pemerintah daerah terkait dengan pencapaian MDGs di Indonesia, kemudian hasil laporan tersebut di sampaikan kepada Presiden untuk mengetahui posisi pencapaian MDGs di Indonesia.

KUKPRI MDGs berhasil mengidentifikasi isu tentang disparitas berdasarkan wilayah dan jender, yang merupakan salah satu tantangan penting untuk diatasi dalam upaya mempercepat pencapaian MDGs di Indonesia, dan yang diikuti dengan penyusunan konsep, strategi, dan rekomendasi untuk memperkecil disparitas tersebut.¹²¹ Tantangan lain yang menjadi perhatian KUKPRI MDGs adalah mengenai disparitas antar institusi atau kelembagaan terkait hal kerjasama dalam mencapai pencapaian MDGs di Indonesia.

III.2.1.3 Peran Kementerian Kesehatan

Untuk dapat mencapai tujuan peningkatan kualitas dan penyebaran kesehatan Indonesia Kementerian Kesehatan menyusun Rencana Strategis 2010 – 2014. Menurut Menteri Kesehatan dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan ini merupakan penjabaran dari sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (UU No.25 tahun 2004). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan merupakan dokumen perencanaan yang bersifat indikatif dan memuat berbagai program pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan langsung oleh Kementerian Kesehatan untuk kurun waktu tahun 2010 – 2014, dengan penekanan pada pencapaian sasaran Prioritas Nasional, Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan *Millenium Development Goals (MDGs)*. Masalah kesehatan begitu berat, kompleks dan tak terduga perlu perhatian pada dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, ekologi dan lingkungan, kemajuan iptek, kemitraan, globalisasi dan demokratisasi, kerjasama lintas sektoral dan

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ Program KUKPRI MDGs, diakses dari <http://mdgsindonesia.org/index.php/text/150/Program> (3/06/2012), pada pukul 14.43 WIB.

mendorong partisipasi masyarakat. Pembangunan kesehatan diarahkan guna mewujudkan Visi Kementerian Kesehatan yaitu “*Masyarakat Sehat yang Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan*”.¹²²

Pencapaian MDGs merupakan salah satu sasaran yang ingin dicapai dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Didalam Rencana Strategis tersebut memang telah dengan jelas memaparkan mengenai langkah-langkah pemerintah dalam meningkatkan kualitas kesehatan yang sesuai dengan tujuan MDGs. Salah satunya adalah program teknis yang sudah diatur dalam Rencana Strategis dalam peningkatan kesehatan ibu melalui program pembinaan gizi kesehatan ibu. Selain itu, MDG tujuan 5A juga masuk kedalam sasaran strategis dalam pembangunan kesehatan tahun 2010 – 2014 yaitu untuk menurunkan angka kematian ibu melahirkan dari 228 menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup.

Secara kelembagaan di Kementerian Kesehatan, fokus kegiatan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian ibu berada pada Direktorat Bina Kesehatan Ibu. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Bina Kesehatan Ibu mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, dan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria serta pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang bina kesehatan ibu.¹²³

III.2.2 Dunia Bisnis

III.2.2.1 Peran Dunia Bisnis Dalam Pembangunan Perekonomian

Peran dunia usaha sangat besar dalam mewujudkan pembangunan kesejahteraan, fungsinya yang *nature* secara ekonomi terutama dari sisi *supply* baik dalam produksi maupun penyerapan tenaga kerja, saat ini pun perannya seringkali dilibatkan dalam upaya meningkatkan kesejahteraan rakyat secara langsung.

¹²² Pengantar Buku Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Negara 2010 – 2014.

¹²³ Tugas dan Fungsi, diakses dari <http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/tupoksi> (30/05/2012), pada pukul 11.42 WIB.

Jika suatu negara dapat mendorong produktivitas melalui peningkatan keterampilan dan teknologi, maka kemakmuran akan meningkat. Pada sisi lain, jika ada halangan dalam meningkatkan produktivitas, maka ekonomi negara itu akan stagnan atau mundur.

Secara spesifik peran penting perusahaan terutama dalam roda perekonomian adalah menghasilkan barang dan jasa. Perusahaan menciptakan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan hidup masyarakat. Barang dan jasa dihasilkan perusahaan kemudian disalurkan kepada pelaku ekonomi yang lain yakni rumah tangga domestik, sebagai *supply* bagi perusahaan lain, serta memenuhi permintaan ekspor. Pada kenyataannya pemerintah pun membutuhkan barang dan jasa hasil produksi untuk mendukung fungsi pemerintah. Sektor industri disisi lain juga berperan besar dalam sebagai pembayar pajak kepada pemerintah.

Peran penting lainnya yang tidak bisa dinafikan adalah perannya sebagai agen dalam pembangunan ekonomi. Dari kegiatannya perusahaan telah membantu pemerintah dalam hal menyediakan lapangan kerja, meningkatkan kesejahteraan karyawan, dan termasuk menyalurkan *Corporate Social Responsibility* (CSR) membangun komunitas.

III.2.2.2 Peran Dunia Bisnis Dalam *Triple Helix* Melalui CSR

Pada dasarnya konsep *Triple Helix* dapat digunakan untuk memenuhi celah yang tidak dapat dipenuhi oleh masing-masing pihak. Perusahaan atau faktor industri memainkan peran penting dalam memutar roda *Triple Helix* dalam hal ini memainkan peran dalam pemanfaatan hasil output *Triple Helix* bagi industri serta menyediakan modal bagi yang tidak dapat dipenuhi oleh dunia akademisi maupun pemerintah. Saat ini, seringkali perusahaan berperan dalam menyediakan modal riset ataupun sebagai pemanfaat hasil riset sekaligus sebagai pihak yang mampu mengembangkan hasil riset secara industri dan menyalurkannya pada masyarakat.

Perusahaan harus mengolah faktor produksi menjadi barang dan jasa. Faktor produksi tersebut berupa tenaga kerja, sumber daya alam, dan modal. Faktor produksi tersebut disediakan oleh rumah tangga. Untuk semua faktor produksi

yang telah disediakan, perusahaan akan memberikan balas jasa kepada rumah tangga. Balas jasa tersebut berupa upah atau gaji, sewa, bunga, dan laba. Pembelian faktor produksi ini kadang juga melibatkan masyarakat luar negeri, baik berupa tenaga ahli, pinjaman modal, barang-barang modal, maupun bahan baku.

Produktivitas dalam pengolahan faktor produksi yang menentukan kemakmuran dan daya saing negara, perusahaan dan masyarakat, oleh karenanya untuk meningkatkan produktivitas diperlukan inovasi teknologi secara efisien untuk menghasilkan produk yang berdaya saing tinggi.

Semenjak kewajiban akan *Corporate Social Responsibility (CSR)* atau tanggung jawab sosial perusahaan,¹²⁴ ditegaskan melalui Undang-Undang, peran dunia usaha otomatis membesar terutama memberikan dukungan penuh baik berupa sarana prasarana hingga infrastruktur pendanaan untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Semenjak terbitnya UU No. 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas (PT), tanggung jawab sosial perusahaan CSR kini menjadi kewajiban yang harus dipenuhi oleh setiap perusahaan. Dalam Undang-Undang tersebut disebutkan bahwa PT yang menjalankan usaha di bidang dan/atau bersangkutan dengan sumber daya alam wajib menjalankan tanggung jawab sosial dan lingkungan (Pasal 74 ayat 1). PT yang tidak melakukan CSR dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. Peraturan lain yang menyentuh CSR adalah UU No. 25 Tahun 2007 tentang Penanaman Modal. Pasal 15 (b) menyatakan bahwa "Setiap penanam modal berkewajiban melaksanakan tanggung jawab sosial perusahaan."

Pada kenyataannya perusahaan memang selalu dihadapi pada dua hal. Pertama, kualitas manajemennya, dan kedua, jumlah dan sikapnya yang akan selalu berdampak pada masyarakat dalam berbagai area. *Stakeholders* di luar perusahaan mengambil kepentingan dari berbagai aktivitas industri. *Stakeholders* biasanya hanya melihat dari luar apa saja yang sudah perusahaan lakukan, benar atau salah, dalam hal produksi dan pelayanan yang diberikan, seberapa besar

¹²⁴ CSR, diakses dari <http://csrindonesia.com/> (18/05/2012), pada pukul 6.11 WIB.

dampaknya pada lingkungan dan komunitas lokal. Perusahaan harus memperhatikan hal ini.

Terkait dengan upaya pencapaian MDG tujuan 5A di Indonesia, sudah terdapat beberapa perusahaan yang memiliki perhatian khusus terhadap pelayanan kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian ibu melalui program CSR. Salah satu contohnya adalah PT. Johnson & Johnson Indonesia yang bekerjasama dengan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dalam membuat program Bidan Delima yaitu program pelatihan dan sertifikasi bidan melalui peningkatan kualitas dan kapasitas bidan di Indonesia, program ini telah berlangsung sejak tahun 2006.¹²⁵ Selain itu masih banyak lagi perusahaan yang berbuat terkait hal serupa, sebagai studi kasus salah satunya adalah peran PT. Pertamina (Persero) dan Kraft Foods sebagaimana dijelaskan dalam subbab berikut ini.

III.2.2.3 Studi Kasus Peran PT. Pertamina (Persero) Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu

Peneliti menggunakan studi kasus kerjasama CSR PT. Pertamina (Persero) dengan PKBI terkait dengan upaya dunia bisnis melakukan pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia, kerjasama ini dilakukan pada tahun 2009 – 2010. Program kemitraan tersebut dipresentasikan oleh kedua organisasi pada pertemuan Health & Business Roundtable Indonesia (HBRI) pada tahun 2011. HBRI merupakan salah satu kegiatan dari CCPHI (Company – Community Partnership for Health in Indonesia), sebuah proyek dari Public Health Institute/PHI yang didanai oleh Ford Foundation.¹²⁶

PT. Pertamina (Persero) adalah perusahaan minyak dan gas milik negara yang telah berdiri sejak tahun 1957. Salah satu bentuk tanggung jawab sosial atau CSR Pertamina adalah untuk meningkatkan kualitas dan akses ke pelayanan kesehatan masyarakat. Program CSR diciptakan pada tahun 2004 sebagai komitmen perusahaan terhadap upaya pencapaian MDG tujuan 4 dan 5 yaitu

¹²⁵ CCPHI, Improving the quality of Maternal and Child Health Services in Indonesia: *The Partnership of PT Johnson & Johnson Indonesia and the Indonesian Midwives Association (IBI)*, Jakarta, 2011.

¹²⁶ Diakses dari www.ccpwh.org (25/05/2012), pada pukul 9.15 WIB.

menurunkan angka kematian bayi dan ibu. Pada tahun 2008, Pertamina menginisiasikan untuk membuat program CSR dengan tujuan kesehatan ibu dan anak namun tidak dalam bentuk bantuan langsung – melainkan pembangunan masyarakat untuk memastikan usaha mereka untuk membuat program ini dapat berjalan secara berkelanjutan di dalam masyarakat.

Untuk itu, Pertamina mengundang PKBI atau Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia yang merupakan LSM tertua dalam memelopori gerakan Keluarga Berencana di Indonesia, berdiri sejak tahun 1957.¹²⁷ PKBI memiliki tujuan untuk dapat mengurangi angka kematian tinggi antara ibu dan anak baru lahir dan menciptakan keluarga yang sejahtera dan bertanggung jawab. Kegiatan yang dilakukan oleh PKBI adalah melalui berbagai bentuk pendidikan dan pelatihan, pembangunan kapasitas dan kualitas, advokasi, penelitian, survei, penelitian, publikasi, dan seminar. Pertamina dan PKBI sepakat untuk membuat program SEHATI menggunakan pendekatan pemberdayaan masyarakat. Butuh waktu satu tahun bagi mereka untuk mendiskusikan dan menyesuaikan proposal sebelum mereka mulai kemitraan untuk melaksanakan SEHATI selama tiga tahun.¹²⁸

Dalam kemitraan ini, Pertamina menyediakan dana dan masukan teknis untuk melakukan pemantauan, pengawasan, dan evaluasi keseluruhan perkembangan program. Pertamina pusat berkoordinasi dengan kantor cabang di lokasi proyek untuk menunjuk kontak utama di masing-masing dari tujuh provinsi tempat program ini berjalan untuk mengkoordinasikan pekerjaan mereka. PKBI menetapkan sebuah sistem untuk mengelola kegiatan kemitraan dan mengimplementasikan kegiatan. PKBI juga bertugas untuk berkoordinasi dengan mitra lokal termasuk pemerintah daerah, Dinas Kesehatan daerah, dan Kantor Kecamatan, Desa, dan Pos Kesehatan Desa, dan laporan kepada Pertamina.

Berdasarkan laporan program SEHATI dari CPPHI,¹²⁹ program ini dimulai pada tahun 2009 dengan kegiatan awal dalam memberikan pelatihan pada para

¹²⁷ PKBI, diakses dari <http://pkbi.or.id/> (31/05/2012), pada pukul 8.00 WIB.

¹²⁸ CCPHI, *Ensuring Sustainable Reproductive Health Services through Community Participation: The Partnership of Pertamina and the Indonesian Planned Parenthood Association (IPPA)*, Jakarta, 2011.

¹²⁹ *Ibid.*

pelatih mengenai pengetahuan dasar kesehatan ibu dan anak (KIA) dan melakukan survei awal. Untuk memperkuat pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam menggunakan pelayanan kesehatan, PKBI dan tim lapangan mengelola dan mendistribusikan Tabulin dan Dasolin yang merupakan dana untuk membantu ibu hamil dan membentuk tim untuk menangani kondisi darurat atau komplikasi pada saat persalinan. Komite pemimpin desa berkoordinasi dengan masyarakat dan bidan desa untuk mendistribusikan dan memantau program ini. Ukuran dan keberlangsungan dana ini bervariasi dari tiap-tiap desa bergantung pada status sosial ekonomi masyarakat.

Pertamina dan PKBI telah mempersiapkan kegiatan *monitoring* dan evaluasi, pada akhir tahun pertama para mitra akan diberikan pengetahuan, sikap, dan acuan praktek berdasarkan survei untuk setiap area. Materi yang disampaikan mengenai kesiapan kelahiran, perawatan bayi baru lahir, asi eksklusif, nutrisi, imunisasi, pencegahan pendarahan, keluarga berencana, pencegahan HIV & AIDS, dan kebersihan. Selain itu, Pertamina dan PKBI mengumpulkan data tentang partisipasi aktif dari para *stakeholder* di masyarakat, termasuk anggota masyarakat, relawan, pemerintah daerah, usaha kecil dan menengah, dan yang paling penting adalah intervensi yang berkelanjutan. Telah direncanakan sebuah survei akhir di akhir tahun ketiga.

Pada tahun 2010, SEHATI telah mencapai 150 relawan masyarakat, 156 relawan informal dan tokoh agama, 936 ibu hamil, 546 ibu menyusui, 4.401 anak balita, 4.095 pemuda dan 63.401 penduduk desa.¹³⁰ Kemudian dibentuk 26 komite SEHATI desa yang secara aktif mempromosikan pelayanan KIA di Posyandu dan Pos Kesehatan Desa. Kegiatan ini telah meningkatkan penggunaan layanan kesehatan oleh ibu hamil yang sebelumnya tidak mau melakukan *check-up*. Sekarang mereka bersedia untuk menggunakan layanan pra-kelahiran yang diberikan oleh pusat kesehatan atau bidan terlatih. Sekarang anak-anak juga secara rutin ditimbang di Pos Kesehatan Desa dan menerima imunisasi dan makanan tambahan.

¹³⁰ *Ibid.*

Dapat dikatakan bahwa masyarakat lebih aktif dan terlibat dalam memastikan pelayanan KIA. Terdapat peningkatan pada peserta dalam Tabulin dan Dasolin, dan sekarang komite desa lebih mampu dalam mengelola kedua program pendanaan tersebut. Sekitar 60% desa telah mampu mengelola dana tanpa bantuan dari Pertamina dan PKBI. Masyarakat juga telah mampu merevitalisasi Pos Kesehatan Desa dan mengatur petugas tanggap darurat untuk membantu lebih banyak ibu dan anak di desa mereka.

Mengubah dari program CSR berbentuk bantuan langsung menjadi bentuk yang berorientasi ke masyarakat berbasis proyek berkelanjutan adalah tantangan utama untuk program ini. Pertamina menyadari bahwa pendekatan bantuan langsung atau amal tidak akan berhasil dalam meningkatkan KIA. Pertamina melihat bahwa program ini harus dikembangkan oleh masyarakat itu sendiri sehingga dapat sekaligus membangun kekuatan masyarakat dimana bukan kepentingan donor. Oleh karena itu, gagasan keberlanjutan harus diperkenalkan sebelum program dimulai. Baik Pertamina dan PKBI mengakui bahwa pemimpin lokal termasuk pemerintah daerah harus terlibat di tahap awal untuk membangun pemahaman dan pengetahuan tentang KIA, sehingga mereka dapat melanjutkan program ini setelah pendanaan Pertamina berakhir. Pertamina dan PKBI melihat bahwa tidak semua relawan memiliki keahlian dan waktu untuk menjalankan tugas. Sehingga, kini mereka mendapatkan omset yang tinggi melalui pelatihan dan perekrutan sehingga mereka dapat menjaga keberlangsungan program. Pertamina juga mengkoordinasikan beberapa perusahaan lapangan yang tidak memiliki staff CSR sehingga mereka dapat memberikan program CSR pada saat yang bersamaan. Strategi pelayanan KIA tidak hanya ditangani oleh tenaga kesehatan dan medis saja tetapi diintegrasikan dengan ekonomi dan strategi pendidikan.

III.2.2.4 Studi Kasus Kraft Foods Inc. Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu

Peneliti menggunakan studi kasus kerjasama CSR CSR Kraft Foods Inc. dengan Save the Children terkait dengan upaya dunia bisnis melakukan

pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia, kerjasama ini dilakukan pada tahun 2009 – 2012. Program kemitraan tersebut dipresentasikan oleh kedua organisasi pada pertemuan Health & Business Roundtable Indonesia (HBRI) pada tahun 2011. HBRI merupakan salah satu kegiatan dari CCPHI (Company – Community Partnership for Health in Indonesia), sebuah proyek dari Public Health Institute/PHI yang didanai oleh Ford Foundation.¹³¹

Kraft Foods Inc. (KF) adalah sebuah perusahaan makanan ringan global yang tak tertandingi. Perusahaan ini memasarkan produk berupa biskuit, permen, minuman, keju, dan produk bahan makanan lainnya yang tersebar dari 170 negara. Pada tahun 2010, pendapatan KF adalah sebesar \$ 49,2 Milyar.¹³² Terkait dengan pertanggung jawaban sosial atau CSR, KF memiliki fokus perhatian pada kesehatan anak dan ibu, khususnya pada bidang nutrisi dan gizi. KF memiliki yayasan yang telah menyumbangkan \$ 1 Milyar dalam bentuk tunai dan makanan bagi orang miskin dan kelaparan, bantuan ini sudah terorganisir selama 25 tahun terakhir. Program CSR diturunkan dengan bentuk kerjasama dengan berbagai mitra antara lain Save the Children, Feeding America, INMED Partnerships for Children, Charities Aid Federation and CARE, KF dan yayasan telah menjalankan program CSR ini khususnya di 46 negara dan hampir disetiap benua.

Save the Children (SC) adalah organisasi global yang fokus pada hak anak. Organisasi ini memberikan perbaikan langsung dan jangka panjang pada perbaikan hak anak di seluruh dunia. SC menyediakan baik bantuan darurat dan jangka panjang pada pembangunan hak anak, dan juga menjalankan program utama yaitu untuk mengamankan hak-hak anak dengan membangun program yang berkelanjutan dan merata.¹³³

Pada April 2009 sampai dengan Maret 2012, KF bekerja sama dengan organisasi SC dalam membuat program FRESH (*Future Resilience and Stronger Households*) atau program untuk meningkatkan kualitas dan pelayanan

¹³¹ Diakses dari www.ccpwh.org (25/05/2012), pada pukul 10.15 WIB.

¹³² CCPHI, Revitalizing Posyandus in Indonesia to improve maternal and child health: *The Partnership of Kraft Foods and Save the Children*, Jakarta, 2011.

¹³³ About us, diakses dari http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.6146405/k.C7E9/About_Us.htm (10/06/2012), pada pukul 18.52 WIB.

Posyandu.¹³⁴ Program tersebut berupaya untuk meningkatkan praktik pemberian makan, perilaku hidup sehat, pelayanan kesehatan berbasis masyarakat, dan jasa pengembangan anak usia dini. Tujuannya adalah untuk membantu keluarga menjadi lebih kuat melalui peningkatan kesehatan dan gizi anak di daerah Jawa Barat dengan cakupan area meliputi Bandung Barat, Bekasi, dan kabupaten Karawang yang menargetkan 54 desa dan 556 Posyandu.¹³⁵

Pada akhir Maret 2011, SC telah melayani 40.204 anak dan ibu melalui pelayanan posyandu dan jasa pengembangan anak usia dini, melatih 2.560 kader, berhasil mencapai 455 dari 556 target posyandu, dan mendistribusikan materi mengenai pola hidup sehat dan pendidikan kesehatan kepada 399.726 individu melalui acara festival makanan. Lebih dari 240 karyawan KF telah secara sukarela membantu berjalannya program FRESH.¹³⁶ Program ini juga telah diatur sehingga partisipasi karyawan KF dapat terus menerus ikut serta dalam program yang diatur secara triwulan selama masa program. Para kader FRESH juga terlibat dalam kegiatan lokal untuk dapat membantu sosialisasi perilaku hidup sehat dengan cara melakukan demonstrasi makanan sehat untuk memperkuat kesehatan, gizi, dan kebersihan yang dilakukan selama dua minggu, yang kemudian dipromosikan setiap bulan melalui media cetak di Posyandu.

Pada program ini terdapat beberapa tantangan yaitu penyebaran dana untuk Posyandu yang dialokasikan di beberapa organisasi dari berbagai sektor termasuk Asosiasi Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK), Dinas Kesehatan tingkat Kabupaten (bidang gizi, imunisasi dan promosi kesehatan), Dinas Pemberdayaan Masyarakat, dan Kantor BKKBN daerah.

Untuk itu, SC melakukan pertemuan lintas sektoral setiap 6 bulan sekali untuk dapat memastikan distribusi dan penggunaan dana yang efektif. Terdapat juga pertemuan khusus untuk membahas peran dan tanggung jawab pemerintah daerah terkait Posyandu, pertemuan ini dilakukan dua kali selama program berlangsung hingga 2012.

¹³⁴ CCPHI, *Revitalizing Posyandus in Indonesia to improve maternal and child health: The Partnership of Kraft Foods and Save the Children*, Loc. Cit.

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ *Ibid.*

Rasio pengunduran diri para kader FRESH yang cukup tinggi yaitu 20-40%. Ini adalah karena seringnya perubahan kepemimpinan desa. SC dan KF mengatasi tantangan ini dengan mendekati tingkat pemerintah daerah yang lebih tinggi atau pihak yang berwenang seperti kepala daerah kabupaten dan/atau gubernur untuk mengeluarkan jaminan pada kader program FRESH dari kegiatan politik pimpinan desa.

Untuk lebih meningkatkan kapasitas pelatih, SC melakukan rapat koordinasi secara teratur untuk meningkatkan kemampuan pelatih dalam memberikan pelatihan bagi para kader. Kegiatan ini melibatkan bidan sebagai pelatih terbaik dalam strategi untuk menjamin keberlanjutan setelah proyek berakhir, karena bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan tentang isu-isu yang dicakup oleh Posyandu dan mampu menyediakan layanan. Selain itu, SC akan memperbarui pelatihan manual para pelatih dalam koordinasi dengan mitra lokal.

Tantangan lain yang dihadapi adalah 1). dalam menentukan jumlah anak terutama mereka yang hidup di daerah industri yang sering merupakan anak-anak pekerja migran dan penduduk tidak tetap; 2). kurangnya dukungan dari tokoh agama yang merasa Posyandu adalah tabu, dan 3). penggunaan bahasa atau logat lokal yang sering sulit dimengerti.¹³⁷ SC dan KF mengatasi beberapa tantangan dengan melibatkan organisasi keagamaan yang kredibel untuk mendidik para tokoh agama setempat tentang kesehatan ibu dan anak serta menggunakan bahasa lokal untuk menyebarkan informasi tersebut.

III.2.3 Akademisi

III.2.3.1 Peran Akademisi Mengembangkan Inovasi Dalam *Triple Helix*

Peran perguruan tinggi atau akademisi selama ini dikenal dengan tridharma perguruan tinggi, yakni pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Tridharma tersebut merupakan hal mutlak dan menjadi salah satu landasan dasar bagi tumbuh dan berkembangnya suatu perguruan tinggi. Pasal 20 (ayat 2) UU No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional telah

¹³⁷ *Ibid.*

mensyaratkan bahwa Perguruan tinggi berkewajiban menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.¹³⁸

Selain terkait dengan fungsi tersebut, pasal 7 UU No. 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan IPTEK menyatakan bahwa perguruan tinggi merupakan salah satu unsur dalam Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan IPTEK yang berfungsi untuk membentuk SDM IPTEK.¹³⁹

Dalam satu dekade terakhir, kebijakan pembangunan telah bertransformasi secara cepat dan dinamis. Hal ini merupakan tantangan bagi penelitian dan pengabdian masyarakat perguruan tinggi untuk segera mengambil peran dalam pembangunan. Selain itu, akademisi dapat menjawab berbagai tantangan masalah masyarakat yang semakin kompleks dan dinamis, melalui upaya penelitian dan pengabdian masyarakat secara komprehensif.

Undang-Undang Dasar 1945 (Amandemen) Pasal 31 ayat 5 UUD 1945 amandemen ke-4 yang menyebutkan bahwa: *“Pemerintah memajukan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan menjunjung tinggi nilai-nilai agama dan persatuan bangsa untuk memajukan peradaban serta kesejahteraan umat manusia”*.

Sistem Pendidikan Nasional yang termaktub dalam UU No. 20 tahun 2003 tentang Sisdiknas juga menyatakan bahwa perguruan tinggi berkewajiban menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi yang termaktub dalam UU No. 18 Tahun 2002 yang menyatakan bahwa : (1) perguruan tinggi sebagai salah satu unsur kelembagaan dalam Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan; dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi yang berfungsi membentuk sumber daya manusia ilmu pengetahuan dan teknologi, (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), perguruan tinggi bertanggung jawab meningkatkan kemampuan pendidikan dan pengajaran, penelitian dan pengembangan, serta

¹³⁸ Republik Indonesia, UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 20 Ayat 2.

¹³⁹ Republik Indonesia, UU No. 18 Tahun 2002, Pasal 7.

pengabdian pada masyarakat sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Kewajiban terhadap penjaminan mutu sebagaimana tercantum PP No. 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan, yang mewajibkan setiap perguruan tinggi memiliki minimal 8 standar (standar isi, proses, kompetensi lulusan, pendidik dan tenaga kependidikan, sarana dan prasarana, pengelolaan, pembiayaan, dan penilaian pendidikan), ditambah 5 standar (standar penelitian ilmiah, pengabdian kepada masyarakat, kesejahteraan, mahasiswa, dan kerjasama) yang ada pada Sistem Penjaminan Mutu Perguruan Tinggi Ditjen Dikti, dan standar turunannya secara vertikal maupun horizontal.

Sesuai dengan peran universitas tersebut, maka untuk mencapai kesejahteraan rakyat, maka terdapat beberapa peran universitas, sebagai berikut:

- Mengembangkan konsep pemikiran keilmuan dan pengabdian keilmuan baik di tataran akademis maupun publik/masyarakat.
- Menjadi mitra strategis pemerintah terutama dalam mengembangkan kebijakan publik baik melalui upaya riset, sosialisasi, edukasi, peningkatan kapasitas, advokasi maupun pengembangan jejaring kemitraan kemasyarakatan.
- Menjadi mitra strategis masyarakat terutama dalam mengembangkan berbagai bentuk pengabdian dan partisipasi publik baik melalui upaya riset, sosialisasi, edukasi, peningkatan kapasitas, advokasi maupun pengembangan jejaring kemitraan kemasyarakatan.
- Menjadi mitra strategis dunia bisnis/sektor privat terutama dalam mengembangkan berbagai bentuk pengabdian dan partisipasi publik baik melalui upaya riset, sosialisasi, edukasi, peningkatan kapasitas, advokasi maupun pengembangan jejaring kemitraan kemasyarakatan.

Untuk mengejar tujuan MDG 5A di tahun 2015, dibutuhkan akselerasi untuk mengejar penurunan sebesar tiga perempat dari keadaan di tahun 1990 yang tidak bisa dibebankan pada pemerintah saja. Diperlukan partisipasi publik secara

maksimal agar hal tersebut dapat tercapai sesuai target. Oleh karenanya menurut beberapa ahli dibutuhkan upaya penyelesaian penurunan AKI yang melibatkan peran serta para *stakeholders* di masyarakat melalui upaya-upaya yang efektif.

Hal inilah yang seharusnya menjadi perhatian utama sekaligus salah satu prioritas bentuk pengabdian civitas akademika bagi masyarakat. Partisipasi akademisi melalui tanggung jawab pengabdian kepada masyarakat merupakan sesuatu yang amat penting dan berharga untuk meningkatkan partisipasi publik dalam pencapaian target MDGs 2015. Sinergi seluruh perguruan tinggi merupakan hal yang teramat positif untuk menggerakkan modal sosial masyarakat secara lebih kuat.

III.2.3.2 Peran Pusat Kajian Kesehatan Universitas Indonesia

Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat yang dilakuakn di provinsi NTT dan NTB pada tahun 2007 lalu. Penelitian ini dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Daerah, dan GTZ, dibawah kerjasama RI dengan Republik Federal Jerman.¹⁴⁰

Terdapat tiga tujuan dari penelitian ini yaitu: 1). untuk mendapatkan gambaran perilaku pencarian perawatan atau pengobatan (mengenali masalah, tindakan pencarian perawatan/pengobatan), kepuasan, serta persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dan upaya kehamilan agar aman (*Making Pregnancy Safer*), termasuk pula keluarga berencana secara umum, maupun secara khusus di kelompok rumah tangga urban miskin dan tak miskin serta rural miskin, 2). melakukan pengukuran status gizi anak balita dengan mengetahui berat dan tinggi atau panjang badan anak, 3). mengetahui kepuasan terhadap pelayanan kesehatan kesehatan reproduksi dan kehamilan yang aman, di antara

¹⁴⁰ Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia , Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat NTB dan NTT pada Tahun 2007 (Jakarta, 2009).

para pemangku kepentingan, termasuk para Bupati, anggota DPRD, Dinas kesehatan Kabupaten, serta para informan kunci lain.¹⁴¹

Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat merupakan provinsi yang memiliki tantangan yang cukup besar dalam upaya peningkatan status kesehatan. Segala daya upaya telah dan akan terus dicurahkan oleh kedua pemerintah provinsi tersebut terutama oleh Dinas Kesehatan Provinsi masing-masing bersama dengan berbagai unsur pemerintah lainnya, serta komunitas internasional yang selama ini telah bermitra dengan pemerintah kedua provinsi tersebut. Disamping itu faktor masyarakat mempunyai peran penting dalam segala upaya tersebut, baik sebagai sasaran yang harus ditingkatkan kesehatannya juga sebagai pelaku dalam pembangunan kesehatan. Sangat dipahami bahwa dalam upaya menurunkan AKI dan AKB dihadapi tantangan dan ancaman sehingga diperlukan strategi percepatan dan terfokus dalam rencana aksi akselerasinya, baik yang terkait aspek supply, demand, pembiayaan dan perubahan perilaku masyarakat.

Hasil survei memperlihatkan responden ibu yang memiliki balita berusia muda sekitar (20 sampai 30 tahun) dan hanya sedikit yang bekerja di luar rumah (38% di NTB dan 28% di NTT) dari pada ibu tanpa balita yang berusia lebih tua (34 sampai 35 tahun dan bekerja 42% di NTB dan 20% di NTT).¹⁴² Balita rata-rata berumur 24 bulan di NTB dan 21 bulan di NTT.¹⁴³ Pendidikan ibu di NTT lebih baik dari pada di NTB. Juga perempuan lebih rendah dua kali tingkat pendidikannya dari pada laki-laki. Kualitas rumah di kedua provinsi diamati masih buruk. Studi ini memperlihatkan tingkat sosioekonomi di kedua provinsi masih memprihatinkan, hampir semua rumah tangga ada di bawah garis miskin, dihitung dengan titik potong yaitu standar pendapatan perhari yaitu \$1 atau \$2 per kepala. Kepala rumah tangga hampir seluruhnya laki-laki dengan rata-rata memiliki 5 jumlah anggota keluarga. Pengambil keputusan berkaitan hal kesehatan utamanya adalah responden sebagai ibu rumah tangga, tetapi jumlah yang sama mengakui dibuat ibu dan suami.

¹⁴¹ *Ibid.*, hal. 3.

¹⁴² *Ibid.*, hal. 116.

¹⁴³ *Ibid.*

III.2.3.3 Peran Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI)

Sebagai universitas yang tanggap terhadap tingginya tuntutan masyarakat akan pelayanan keperawatan profesional, sejak 1985 Universitas Indonesia telah mengembangkan program pendidikan keperawatan yang dikenal sebagai Program Studi Ilmu Keperawatan.¹⁴⁴ FIK UI merupakan pusat riset keperawatan yang berusaha untuk menyediakan fasilitas pengajaran, penelitian, dan peka budaya dalam merespon kebutuhan kesehatan masyarakat secara nasional, regional, dan global. Terkait dengan isu kesehatan ibu, FIK UI merupakan salah satu lembaga pendidikan yang kredibel dan diakui secara nasional dan internasional. FIK UI memiliki SDM dan berbagai penelitian terkait dengan pencapaian MDGs tujuan 5A khususnya di Indonesia. Pada penelitian ini, akan difokuskan peran dari FIK UI melalui representasi dari Ibu Imami N. Rachmawati, SKp., M.Sc sebagai dosen pada Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas FIK UI. Peneliti telah melakukan *interview* dengan beliau pada tanggal 22 Mei 2012 melalui media *email* yang akan dijelaskan dibawah ini.

Sebagai dosen perawat, saya memiliki peran dan upaya tersendiri dalam upaya mencapai MDGs. Misalnya saya memberikan pengajaran dan mendidik perawat terkait dengan materi kesehatan ibu, itu merupakan upaya akademisi dalam mensosialisasikan MDGs tujuan 5A. Selain itu, para akademisi juga terus memotivasi peserta didik untuk dapat menimbulkan ide-ide segar yang dapat berkontribusi dalam pencapaian MDGs. Akademisi juga seringkali membuat suatu penelitian untuk dapat memberikan dampak langsung pada upaya pencapaian MDGs itu sendiri, dan tentunya sebagai bentuk dari pengabdian masyarakat dari kami.

Tantangan yang kami rasakan adalah pada kerjasama lintas lembaga, jika bicara mengenai kontribusi akademisi sendiri pada hubungan pemerintah atau secara teknis pada proses pembuatan kebijakan rasanya pun hanya dalam bentuk masukan saja, contohnya saya pernah menghadiri Forum Guru Besar UI yang isinya adalah brain storming mengenai pencapaian MDGs dan hasil dari pertemuan dan diskusi tersebut dijadikan suatu academic paper untuk diserahkan kepada pemerintah sebagai masukan untuk pertimbangan dalam mengambil keputusan.

¹⁴⁴ Sejarah, diakses dari http://www.fik.ui.ac.id/index.php?m=page&s=detail&id_page=4 (03/06/2012), pada pukul 19.30 WIB.

Hal tersebut diatas menunjukkan kenyataan yang memang terjadi dalam persinggungan antara dunia kampus dengan pemerintah terkait MDGs. Seringkali akademisi hanya diminta kontribusi sebatas kajian teknis atau substantif namun tidak dilibatkan sebagai landasan pengambilan keputusan, hal ini menunjukkan masih rendahnya kepercayaan pemerintah terhadap akademisi seperti yang terjadi pada kasus FIK UI ini. Pada akhirnya seringkali hal ini juga membuat pihak akademisi menarik diri untuk terlibat dalam pengambilan keputusan pemerintah yang justru seringkali mensimplifikasi permasalahan untuk mengambil keputusan dalam waktu cepat.

Sedangkan pada kerjasama dengan pihak lain seperti dunia bisnis, memang sudah banyak dilakukan antara kampus dengan perusahaan. Namun, hubungan tersebut tidak berjalan secara insidental dan tidak berkelanjutan.

III.3 Analisis Unsur-unsur Modal Sosial Pada Aktor *Triple Helix* Dalam Upaya Pencapaian MDG Tujuan 5A di Indonesia Pada Tahun 2007 – 2010

III.3.1 Kepercayaan (*Trust*)

III.3.1.1 Pemerintah

Kepercayaan atau *trust* dapat dikatakan sebagai fondasi dari berjalannya modal sosial dalam proses pembangunan kesejahteraan. Sangat jelas dapat dilihat bahwa kepercayaan sebagai modal dasar sebelum terjadinya interaksi atau kerjasama antar aktor *Triple Helix*. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa pemerintah telah menjalankan peran dalam pembangunan kesejahteraan melalui berbagai upaya konsentrasi kebijakan sampai dengan implementasi terkait tujuan MDGs yang diturunkan melalui kebijakan sampai dengan aksi. Berangkat dari hal tersebut, peneliti akan melakukan analisa pada upaya-upaya pemerintah pada proses implementasi MDG tujuan 5A di Indonesia yang dilakukan pada tahun 2007 – 2010, dari sisi kepercayaan pemerintah kepada dunia bisnis dan akademisi.

Terkait dengan upaya pencapaian MDGs tahun 2015 di Indonesia, Presiden telah menunjuk Prof Dr. Nila Moeloek sebagai Utusan Khusus Presiden pada April 2010.

Untuk mengetahui lebih dalam mengenai kepercayaan pemerintah kepada aktor *Triple Helix* lain, peneliti telah melakukan *interview* dengan Prof Dr. Nila Moeloek selaku Utusan Khusus Presiden untuk pencapaian MDGs dikantornya pada tanggal 5 April 2012 lalu. Narasumber menjelaskan bahwa hanya tersisa tiga tahun sebelum 2015, Indonesia masih menghadapi tantangan-tantangan untuk mencapai beberapa target yang ditetapkan. Salah satu strategi utama dari KUKPRI MDGs adalah untuk mempercepat pencapaian MDGs dengan memanfaatkan keterlibatan sektor dunia bisnis dan organisasi masyarakat madani secara lebih aktif.

Lebih lanjut lagi *Interview* masuk ke pembahasan mengenai unsur modal sosial yaitu kepercayaan yang dimiliki pemerintah kepada aktor *Triple Helix* lainnya. Narasumber menjelaskan bahwa dalam suatu upaya pembangunan kesejahteraan rakyat memang dibutuhkan suatu hubungan yang harmonis antara pemerintah dengan pihak lain seperti dunia bisnis dan akademisi dalam masyarakat, namun hal tersebut tidak secara mudah dapat diaplikasikan, jika kita bicara mengenai kepercayaan akan sulit untuk melihat suatu upaya yang sama dari berbagai aktor yang ada. Sampai saat ini sudah terdapat sekitar 59 program pelayanan publik antar KUKPRI MDGs dengan perusahaan dalam bidang peningkatan kesejahteraan dan peningkatan kualitas rakyat Indonesia.¹⁴⁵ Terkait dengan kepercayaan pemerintah dengan dunia bisnis, narasumber menjelaskan bahwa ketika pemerintah melakukan sinergitas dengan dunia bisnis dalam bentuk kegiatan upaya pencapaian MDG tujuan 5A di Indonesia terdapat suatu anggapan bahwa dunia bisnis memiliki kepentingan bisnis dibalik upaya yang dilakukan tersebut, hal ini lah yang kemudian mengakibatkan sulit terbangunnya kepercayaan dari pemerintah kepada dunia bisnis.

Namun, disamping itu semua, melalui CSR yang dimandatkan di bawah peraturan perundang-undangan Indonesia, Utusan Khusus Presiden untuk MDGs

¹⁴⁵ Pemetaan MDGs, diakses dari http://mdgsindonesia.org/index.php/mapping_swasta.html (30/5/2012), pada pukul 11.20 WIB.

memandang penting upaya mengefektifkan kegiatan CSR untuk semua mitra sektor dunia bisnis agar lebih strategis dalam konsep maupun pelaksanaan, dengan demikian memberikan sumbangan yang lebih signifikan bagi upaya kemajuan MDGs.

Selain Kantor Utusan Presiden untuk MDGs, Kementerian Kesehatan juga memiliki peran aktif dalam upaya peningkatan kesehatan ibu untuk menurunkan angka kematian ibu yang sejalan dengan MDGs tujuan 5A di Indonesia. Kementerian Kesehatan telah membuat Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010 – 2014 yang didalamnya memang telah mencakup konsentrasi pada kematian ibu. Lebih lanjut lagi, permasalahan kematian ibu merupakan tanggung jawab bersama dan tidak akan dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan sendiri. Oleh karena itu, melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan telah diatur strategi teknis dalam menggalang kerjasama lintas sektor, baik dengan Kementerian/Lembaga lain, pemerintah daerah, sektor dunia bisnis, kalangan akademisi, organisasi profesi, serta masyarakat. Perhatian khusus dan upaya keras semua pihak tersebut menjadi modal bagi pencapaian target penurunan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Mengenai kepercayaan Kementerian Kesehatan kepada dunia bisnis, dapat dilihat bahwa memang kepercayaan tersebut telah terbentuk. Kementerian Kesehatan telah mengajak dunia usaha untuk berkomitmen dan berkerjasama dalam pembangunan kesehatan yang diawali dengan penandatanganan kesepakatan bersama. Pada tahun 2011, sudah terdapat sekitar 22 BUMN dan pihak swasta yang bekerjasama dan menandatangani kesepakatan bersama dengan Kementerian Kesehatan.¹⁴⁶ Kesepakatan kerjasama ini merupakan salah satu upaya untuk mendorong pencapaian target MDGs bidang Kesehatan.

Pada kepercayaan pemerintah kepada pihak akademisi dalam upaya pencapaian tujuan MDG 5A di Indonesia, KUKPRI MDGs sebagai narasumber mengatakan bahwa memang terdapat kepercayaan antar kedua aktor. Melihat bahwa peran akademisi dalam upaya penelitian dan sosialisasi suatu kebijakan publik memang dirasakan signifikan. Namun, sangat disayangkan bahwa belum

¹⁴⁶ Penandatanganan Kemenkes, diakses dari <http://www.id.novartis.com/indo/news-detail-iSehati-Agree.html> (04/06/2012), pada pukul 8.44 WIB.

terdapat upaya signifikan melalui hubungan kerjasama kedua aktor, karena sampai saat ini baru terdapat sedikit universitas yang bekerjasama dalam penelitian dan sosialisasi MDGs. Lebih lanjut lagi, belum ada hubungan kerjasama dalam upaya pencapaian MDG tujuan 5A antara pemerintah terkait hal ini adalah Utusan Khusus Presiden untuk MDGs dengan pihak akademisi.

Kementerian Kesehatan telah memiliki kepercayaan kepada akademisi, hal ini telah dijelaskan juga pada strategi teknis Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014. Selain itu, kepercayaan Kementerian Kesehatan sebagai pemerintah kepada akademisi juga secara langsung diturunkan melalui berbagai kerjasama program penelitian maupun survei atau kajian yang telah dilakukan. Sebagai contoh adalah suatu kerjasama antar pihak akademisi yaitu Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Daerah. Penelitian yang dilakukan adalah suatu Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat yang dilakukn di provinsi NTT dan NTB pada tahun 2007 lalu. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa kepercayaan antar Kementerian Kesehatan memang ada dan cenderung kuat dengan pihak akademisi melalui program penelitian tersebut.

III.3.1.2 Dunia Bisnis

Pada pembangunan kesejahteraan rakyat, dunia bisnis juga memainkan peran yang besar melalui berbagai program dan CSR. Terkait dengan unsur modal sosial yaitu kepercayaan antar aktor, peneliti akan menjelaskan melalui studi kasus yang telah dilakukan oleh dunia bisnis dalam mendukung upaya pencapaian MDG tujuan 5A di Indonesia.

Berangkat dari studi kasus Pertamina dan KF yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya, peneliti akan melakukan analisis kedua program CSR tersebut untuk melihat kepercayaan antar aktor dalam pencapaian MDGs tujuan 5A.

Pada program SEHATI, dapat dilihat bahwa terdapat hubungan yang kerjasama antar pihak Pertamina dan PKBI dengan pemerintah daerah, khususnya Dinas Kesehatan dan Pos Kesehatan Desa. Bentuk partisipasi pemerintah daerah

pada program ini adalah pada saat *workshop* dimana peserta pelatihan memaparkan hasil survei dan strategi kepada pemimpin daerah untuk mendapatkan komitmen dan dukungan politik. Berdasarkan pada metode program yaitu pembangunan berbasis masyarakat, dimana pihak Pertamina dan PKBI berkeinginan untuk membangun kualitas dan kapasitas masyarakat terhadap tantangan dari pencapaian MDGs tujuan 5A. Sehingga diharapkan setelah program ini berakhir, masyarakat tetap dapat membangun kesehatan ibu dan anak di daerahnya secara jangka panjang. Lebih lanjut lagi, terkait dengan hubungan dengan pemerintah diharapkan juga dapat terus bersedia untuk mendukung kelancaran program ini, dan nantinya setelah program SEHATI berakhir pihak pemerintah daerah dapat terus berpartisipasi untuk mendukung pembangunan kesehatan ibu dan anak oleh masyarakat. Melihat dari penjelasan tersebut diatas, dapat dikatakan bahwa dunia bisnis memang telah memiliki kepercayaan kepada pihak pemerintah yang dijelaskan dengan hubungan kerjasama antar Pertamina dan pemimpin daerah pada program SEHATI tersebut.

Pada Program FRESH, dapat dikatakan bahwa dunia bisnis memang telah memiliki kepercayaan kepada aktor lain. KF yang bekerjasama dengan organisasi SC telah mengucurkan dana CSR-nya untuk kepedulian kepada kesehatan ibu dan anak, yang sejalan dengan MDG tujuan 5A. Dapat dilihat bahwa program FRESH tersebut merupakan inisiasi perusahaan Kraft Foods untuk mendukung program pemerintah dalam bidang kesehatan dan gizi yaitu posyandu. Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.¹⁴⁷ Posyandu telah diatur pada beberapa dasar hukum, salah satunya adalah pada Undang-Undang Dasar tahun 1945, pasal 28 H ayat 1 dan UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.¹⁴⁸ Sehingga dapat dilihat

¹⁴⁷ Sejarah Posyandu, diakses dari <http://posyandu.org/posyandu/158-tujuan-sejarah-dan-dasar-hukum-posyandu.html> (29/05/2012), pada pukul 20.09 WIB.

¹⁴⁸ *Ibid.*

bahwa KF memiliki kepercayaan kepada pemerintah terkait bidang kesehatan melalui peningkatan kualitas pelayanan posyandu bagi kesehatan ibu dan anak.

Pada kepercayaan dunia bisnis kepada akademisi dapat terlihat masih begitu lemah, dimana tergambar pada kegiatan CSR yang dilakukan oleh kedua studi kasus diatas yaitu Pertamina dan KF terkait peningkatan kesehatan ibu dan anak. Sangat disayangkan pada kedua program tersebut, tidak terdapat pelibatan pihak akademisi. Padahal akademisi dapat mengisi peran pada tahap konseptualisasi dan penyusunan strategi suatu program, sehingga dapat mengoptimalkan pencapaian tujuan dari program. Dari studi kedua studi kasus tersebut terlihat bahwa terdapat kekosongan yang belum dapat diisi antara kedua aktor, terkait dengan program CSR memang tergambar bahwa terdapat permintaan yang cukup tinggi akan cakupan dan eksposir dari suatu program. Sedangkan pada umumnya peneliti belum berani untuk membuat suatu program besar yang sesuai dengan kebutuhan dunia bisnis – kecuali beberapa universitas besar seperti UI dan ITB. Hal tersebut terjadi karena kurangnya kualitas SDM dan pengembangan penelitian.

III.3.1.3 Akademisi

Peran serta akademisi dalam pembangunan kesejahteraan rakyat memiliki posisi yang penting, dimana peran akademisi sesuai dengan Undang-Undang dan peraturan pemerintah adalah untuk menyediakan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Secara teknis peran akademisi berada pada tahap konseptualisasi suatu kebijakan, rencana aksi atau program untuk melakukan uji kelayakan atau mengoptimalkan tujuan yang diharapkan. Untuk menjelaskan adanya kepercayaan antara akademisi dengan dua aktor lain, peneliti akan melalui penelitian oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia dan hasil *interview* dengan dosen FIK UI.

Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat yang dilakuakn di provinsi NTT dan NTB pada tahun 2007 lalu. Penelitian ini dilakukan oleh Pusat Penelitian

Kesehatan Universitas Indonesia yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Daerah, dan GTZ, dibawah kerjasama RI dengan Republik Federal Jerman.¹⁴⁹

Dari penelitian diatas, dapat dilihat bahwa terdapat kepercayaan dari akademisi kepada pemerintah, dimana pada penelitian tersebut pihak Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia sebagai akademisi melaksanakan peran akademisi sebagai peneliti dan pengabdian masyarakat sesuai dengan Undang-Undang dan peraturan pemerintah tentang fungsi dan peran universitas. Selain itu, pada penelitian tersebut juga terlihat bahwa kepercayaan telah terbangun antara akademisi dengan pihak pemerintah melalui Dinas Kesehatan Daerah Provinsi NTB dan NTT. Lebih lanjut lagi, kepercayaan antar akademisi kepada pemerintah dapat dikatakan sudah terbangun dimana pada kegiatan survei tersebut pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Provinsi NTT dan NTB telah berpartisipasi secara penuh pada kegiatan ini. Menurut Direktur Bina Kesehatan Ibu Kementerian Kesehatan Dr. Sri Hermiyanti, studi dasar yang dilakukan di tingkat masyarakat ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran perilaku pencarian perawatan atau pengobatan, kepuasan serta persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dan upaya kehamilan agar aman, terhadap kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dan upaya kehamilan agar aman, KB serta pengukuran status gizi anak Balita.¹⁵⁰ Disamping itu studi ini juga diharapkan dapat menerapkan metodologi yang layak bersama dengan institusi penelitian setempat untuk dapat digunakan di masa yang akan datang dan melengkapi data tentang pelayanan kesehatan berdasarkan laporan rutin dan hasil beberapa survei.¹⁵¹

Dari penjelasan tersebut, sangat terlihat bahwa hubungan kerjasama tersebut antar akademisi dengan pemerintah juga telah mengarah kepada aksi jangka panjang dengan menggunakan hasil survei ini untuk penelitian yang akan datang dengan melibatkan akademisi yang lebih luas. Sehingga, terlihat bahwa memang kepercayaan sudah menjadi fondasi dari hubungan kerjasama kedua aktor.

¹⁴⁹ Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia , Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat NTB dan NTT pada Tahun 2007 (Jakarta, 2009).

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ *Ibid.*

Menurut Ibu Imami N. Rachmawati, SKp., M.Sc selaku dosen FIK UI pada Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas. Mengenai kontribusi akademisi pada hubungan pemerintah atau secara teknis pada proses pembuatan kebijakan rasanya pun hanya dalam bentuk masukan saja, contohnya ketika dirinya pernah menghadiri Forum Guru Besar UI yang isinya adalah *brain storming* mengenai pencapaian MDGs dan hasil dari pertemuan dan diskusi tersebut dijadikan suatu *academic paper* untuk diserahkan kepada pemerintah sebagai masukan untuk pertimbangan dalam mengambil keputusan. Sehingga, dapat dilihat bahwa menurut hasil *interview* dengan narasumber memang kepercayaan antar pemerintah dengan akademisi memang sudah ada, namun masih belum kuat dimana terdapat anggapan bahwa pemerintah belum mampu mengimplementasikan kerangka regulasi kebijakan yang komprehensif sehingga pemerintah seringkali dianggap kurang tegas khususnya pada peran dan tugas antara aktor terkait *Tiple Helix*.

Sedangkan terkait kepercayaan pihak akademisi dengan dunia bisnis dari kedua akademisi diatas dapat dikatakan belum terjalin secara dinamis, dimana pada penelitian di NTT dan NTB tersebut tidak terdapat partisipasi dari dunia bisnis. Dari sisi FIK UI juga melihat bahwa hubungan dengan dunia bisnis masih begitu lemah, dimana hanya terdapat sedikit hubungan kerjasama antar FIK UI dengan perusahaan. Padahal, apabila terdapat kepercayaan sebagai fondasi dalam hubungan antara dunia bisnis dengan akademisi dapat secara ideal memberikan dampak yang signifikan khususnya terkait dengan kemampuan dunia bisnis dalam memberikan dukungan untuk fasilitas penelitian yang dapat meningkatkan kualitas dan kapasitas dari penelitian.

III.3.2 Partisipasi (*Participation*)

III.3.2.1 Pemerintah

Setelah mengetahui mengenai kepercayaan antar aktor *Triple Helix*, sekarang dapat dilihat keterlibatan aktif aktor dalam menjalankan peran dan tugas. Pemerintah adalah aktor yang memiliki peran dominan dalam membangun kesejahteraan rakyat. Pemerintah telah menjalankan perannya dalam membuat

kebijakan, rancangan aksi, dan program terkait upaya implementasi MDGs di Indonesia. Berangkat dari hal tersebut, peneliti akan melakukan analisa pada upaya pemerintah pada proses implementasi MDG tujuan 5A di Indonesia yang dilakukan pada tahun 2007 – 2010, dari sisi partisipasi aktif pemerintah kepada dunia bisnis dan akademisi.

Untuk menganalisa lebih dalam mengenai partisipasi pemerintah kepada dua aktor lain, peneliti juga akan menggunakan hasil *interview* dengan Prof Dr. Nila Moeloek selaku Utusan Khusus Presiden untuk MDGs dan kebijakan atau program yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan.

Pada penjelasan pertama mengenai KUKPRI MDGs, narasumber menjelaskan bahwa meski pemerintah sudah melakukan banyak hal untuk meningkatkan kesehatan termasuk dalam hal regulasinya, tapi tetap dibutuhkan kerjasama pihak lain. Pemerintah sebagai aktor utama dalam pembangunan jelas memiliki peran yang kuat, sehingga pemerintah dapat dikatakan telah berpartisipasi secara aktif dalam pencapaian MDGs. Hal ini diturunkan melalui kerjasama yang telah dilakukan antara pemerintah dengan aktor lain, seperti kerjasama KUKPRI MDGs dengan Coca Cola dalam komitmen lingkungan dan CSR berupa peningkatan kesehatan, pendidikan dan mengembangkan usaha kecil di masyarakat yang dilakukan pada tahun 2009 – 2010. Jika dibandingkan pada tahun 2009 dengan sekarang dapat dilihat bahwa bentuk partisipasi pemerintah dengan dunia bisnis sudah semakin berkembang secara aktif, contohnya adalah kerjasama KUKPRI MDGs yang baru ini dilakukan dengan Nokia Indonesia. Narasumber mengatakan bahwa Nokia sebagai pihak dunia bisnis swasta dalam kemitraan tersebut merupakan *platform* untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia.¹⁵² Untuk itu, nantinya kerjasama ini akan terwujud dalam konten informasi kesehatan Nokia Life MDGs yang akan dikirimkan secara *real time* kepada para penggunanya. Oleh karena itu, dengan memanfaatkan Nokia Life, layanan penyedia informasi di *feature phone* Nokia, MDGs akan memberikan konten yang berguna untuk masyarakat. Sehingga memang partisipasi antara

¹⁵² Nokia dukung MDGs tingkatkan layanan kesehatan, diakses dari <http://jakarta.okezone.com/read/2012/05/24/325/635020/nokia-dukung-mdgs-tingkatkan-layanan-kesehatan> (10/06/2012), pada pukul 19.12 WIB.

pemerintah dengan dunia bisnis memang sudah ada, namun belum begitu kuat terjalin. Seharusnya sinergitas antar kedua aktor ini dapat berjalan dengan baik sehingga dapat mengeluarkan berbagai program pelayanan masyarakat yang amat berguna bagi pencapaian MDGs di Indonesia.

Dari sisi Kementerian Kesehatan, menurut Menteri Kesehatan dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, masalah kesehatan begitu berat, kompleks dan tak terduga perlu perhatian pada dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, ekologi dan lingkungan, kemajuan iptek, kemitraan, globalisasi dan demokratisasi, kerjasama lintas sektoral dan mendorong partisipasi masyarakat. Untuk itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010 – 2014 Kementerian Kesehatan berupaya untuk mewujudkan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat termasuk kesehatan ibu. Disamping itu, tujuan dari Rencana Strategis tersebut adalah untuk mempercepat pencapaian MDGs bidang kesehatan di Indonesia. Salah satu tujuan MDGs bidang kesehatan yang sulit dicapai adalah penurunan angka kematian ibu atau tujuan 5A. Permasalahan kematian ibu merupakan tanggung jawab bersama dan tidak akan dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan sendiri. Oleh karena itu melalui Rencana Strategis telah diatur strategi teknis kerjasama antar sektoral, lembaga, sektor dunia bisnis, kalangan akademisi, serta masyarakat.

Terkait dengan partisipasi aktif Kementerian Kesehatan sebagai pemerintah dengan dunia bisnis dapat dikatakan sudah cukup baik dimana telah terdapat beberapa kerjasama dunia bisnis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk kesehatan ibu. Pada tahun 2011, tercatat 22 dunia bisnis termasuk BUMN dan swasta yang telah bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan dalam mencapai MDGs bidang kesehatan. Hal ini dapat dilihat sebagai bentuk partisipasi aktif Kementerian Kesehatan dalam inisiasi yang mengajak dunia bisnis untuk bergabung dalam proses percepatan pencapaian MDGs khususnya bidang kesehatan.

Pada partisipasi aktif pemerintah kepada pihak akademisi dalam upaya pencapaian tujuan MDG 5A di Indonesia, KUKPRI MDGs sebagai narasumber mengatakan bahwa terkait dengan unsur sebelumnya yaitu kepercayaan sudah terbangun. Terlebih lagi, melihat pada pentingnya peran akademisi dalam upaya

penelitian dan sosialisasi suatu kebijakan publik. Namun, sangat disayangkan bahwa belum terdapat bentuk kerjasama yang signifikan antara kedua aktor. Sampai saat ini baru terdapat sedikit universitas yang bekerjasama dalam penelitian dan sosialisasi MDGs dengan KUKPRI MDGs. Terkait dengan tujuan 5A, belum terdapat kerjasama dalam bentuk kegiatan penelitian atau layanan masyarakat yang diinisiasikan oleh kedua aktor.

Pada partisipasi aktif Kementerian Kesehatan dengan akademisi, telah secara langsung diturunkan melalui berbagai kerjasama program penelitian maupun survei atau kajian. Salah satunya adalah kerjasama antar pihak akademisi yaitu Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Daerah. Penelitian yang dilakukan adalah suatu Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat yang dilakukn di provinsi NTT dan NTB pada tahun 2007 lalu. Dari kegiatan tersebut dapat terlihat bahwa Kementerian Kesehatan sebagai pemerintah telah berpartisipasi secara aktif dengan akademisi dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak di daerah NTT dan NTB.

III.3.2.2 Dunia Bisnis

Dunia bisnis memiliki peran penting dalam pembangunan. Terkait dengan partisipasi aktif dunia bisnis pada proses pembangunan khususnya kesehatan ibu di Indonesia dapat dilihat melalui program CSR perusahaan Pertamina dan KF yang telah dijelaskan sebelumnya. Pada kedua program CSR tersebut, sangat terlihat bahwa kedua perusahaan sudah berupaya untuk berpartisipasi secara aktif pada pembangunan kesehatan ibu di Indonesia. Lebih lanjut lagi, pada program SEHATI partisipasi dunia bisnis dapat dilihat pada tujuan dari program tersebut yaitu untuk mendukung upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas kesehatan. Dalam hal ini program SEHATI yang merupakan program kemitraan Pertamina dengan PKBI memiliki hubungan kerjasama dengan pihak pemerintah daerah, khususnya Dinas Kesehatan dan Pos Kesehatan Desa. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, bentuk partisipasi pemerintah daerah pada program ini adalah pada saat *workshop* dimana peserta pelatihan memaparkan hasil survei dan

strategi kepada pemimpin daerah untuk mendapatkan komitmen dan dukungan politik.

Berdasarkan tantangan yang ada pada program ini, mengubah dari program CSR berbentuk bantuan langsung menjadi bentuk yang berorientasi ke masyarakat berbasis proyek berkelanjutan adalah tantangan utama untuk program ini. Pertamina menyadari bahwa pendekatan bantuan langsung atau amal tidak akan berhasil dalam meningkatkan KIA. Pertamina melihat bahwa program ini harus dikembangkan oleh masyarakat itu sendiri sehingga dapat sekaligus membangun kekuatan masyarakat dimana bukan kepentingan donor. Oleh karena itu, untuk dapat menjaga keberlanjutan program ini, diperlukan partisipasi aktif dari para *stakeholder* di masyarakat seperti tokoh daerah dan pemerintah daerah dimana seharusnya mereka terlibat di tahap awal untuk membangun pemahaman dan pengetahuan tentang KIA. Sehingga mereka dapat melanjutkan program ini sendiri setelah pendanaan Pertamina berakhir. Sehingga, partisipasi Pertamina melalui program SEHATI dalam proses pembangunan khususnya bidang kesehatan ibu dapat dikatakan sudah cukup kuat.

Pada program FRESH yang dilakukan oleh KF dan SC, dapat dikatakan bahwa dunia bisnis memang telah memiliki tingkat partisipasi kepada aktor lain seperti pemerintah. Program ini telah mengucurkan dana CSR-nya untuk kepedulian kepada kesehatan ibu dan anak, yang sejalan dengan MDG tujuan 5A. Tujuan dari program tersebut untuk mendukung program pemerintah dalam bidang kesehatan dan gizi yaitu Posyandu. Pada akhir Maret 2011, program ini telah melayani 40.204 anak dan ibu melalui pelayanan Posyandu dan jasa pengembangan anak usia dini, melatih 2.560 kader, berhasil mencapai 455 dari 556 target posyandu, dan mendistribusikan materi mengenai pola hidup sehat dan pendidikan kesehatan kepada 399.726 individu melalui acara festival makanan.

Tantangan yang dihadapi pada program ini adalah tersebarnya dana bagi Posyandu di berbagai lembaga pemerintah seperti Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Pemberdayaan Masyarakat, dan BKKBN Daerah. Untuk itu program ini membuat suatu pertemuan lintas sektoral setiap 6 bulan sekali untuk dapat memastikan distribusi dan penggunaan dana yang efektif. Terdapat juga

pertemuan khusus untuk membahas peran dan tanggung jawab pemerintah daerah terkait Posyandu, pertemuan ini dilakukan dua kali selama program berlangsung hingga 2012.

Bentuk partisipasi lain dari hubungan dunia bisnis dengan pemerintah pada program ini adalah pada tantangan adanya rasio yang tinggi pada pengunduran diri para kader FRESH yaitu sekitar 20-40%. Ini adalah karena seringnya perubahan kepemimpinan desa. SC dan KF mengatasi tantangan ini dengan mendekati tingkat pemerintah daerah yang lebih tinggi atau pihak yang berwenang seperti kepala daerah kabupaten dan/atau gubernur untuk mengeluarkan jaminan pada kader program FRESH dari kegiatan politik pimpinan desa untuk keberlanjutan program ini.

Terkait dengan partisipasi dunia bisnis dengan pemerintah, program FRESH telah memiliki hubungan kerjasama dengan Posyandu dan Dinas Kesehatan Daerah dalam berkoordinasi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Posyandu itu sendiri. Sehingga dapat dikatakan bahwa KF sebagai dunia bisnis telah memiliki hubungan kerjasama yang baik dengan pemerintah khususnya bidang kesehatan melalui peningkatan kualitas pelayanan Posyandu bagi kesehatan ibu dan anak.

Partisipasi aktif dunia bisnis kepada akademisi dapat terlihat masih begitu lemah, dimana tergambar pada program CSR yang dilakukan oleh kedua studi kasus diatas yaitu Pertamina dan KF terkait peningkatan kualitas kesehatan ibu. Sangat disayangkan pada kedua program tersebut, tidak terdapat pelibatan pihak akademisi. Padahal, seharusnya perusahaan dapat memanfaatkan CSR yang akan disalurkan untuk tetap meningkatkan produktivitas, salah satunya adalah dengan meningkatkan kualitas teknologi dari akademisi. Sebagai contoh adalah ketika perusahaan memberikan beasiswa penelitian pada kampus, maka hasil penelitian tersebut dapat dimanfaatkan sesuai kebutuhan perusahaan. Hal ini tidak hanya pada penelitian bersifat teknologi saja tetapi juga pada penelitian sosial, dimana perusahaan dapat memperoleh data kebutuhan masyarakat diseperti lokasi perusahaan termasuk menangkap tanggapan publik atas suatu aksi perusahaan.

III.3.2.3 Akademisi

Dalam upaya pembangunan, akademisi memiliki posisi yang penting dalam menyediakan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Peran akademisi berada pada tahap konseptualisasi suatu kebijakan, rencana aksi atau program untuk melakukan uji kelayakan atau mengoptimalkan tujuan yang diharapkan. Untuk menjelaskan adanya hubungan partisipasi aktif antara akademisi dengan dua aktor lain, peneliti akan melalui penelitian oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia dan hasil *interview* dengan dosen FIK UI.

Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia melakukan Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat yang dilakukan di provinsi NTT dan NTB pada tahun 2007 lalu. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, penelitian ini bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Daerah, dan GTZ, dibawah kerjasama RI dengan Republik Federal Jerman. Melalui penelitian ini, dapat dilihat bahwa terdapat partisipasi antara akademisi dengan pihak pemerintah dalam bentuk inisiasi kegiatan penelitian. Selain itu, hubungan partisipasi juga dapat dilihat dari sudut pandang akademisi yang telah menjalankan peran sebagai peneliti dan pengabdian masyarakat pada daerah NTT dan NTB. Sehingga dapat dikatakan bahwa akademisi telah berpartisipasi secara aktif pada program pemerintah untuk mencapai MDGs tujuan 5A khususnya di NTT dan NTB.

Menurut lembaga pendidikan FIK UI, dari hasil *interview* dengan Ibu Imami N. Rachmawati, SKp., M.Sc selaku dosen pada Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas FIK UI menjelaskan bahwa partisipasi akademisi dengan pemerintah sudah ada, namun masih belum kuat dimana memang akademisi telah secara langsung maupun tidak langsung berpartisipasi pada upaya pencapaian MDGs, seperti yang mereka lakukan pada pengajaran dan sosialisasi materi mengenai kesehatan ibu kepada mahasiswa FIK. Tentunya hal ini merupakan upaya FIK UI dalam berpartisipasi untuk mencapai MDGs khususnya tujuan 5A. Namun, pada hubungan partisipasi langsung dengan pemerintah, seringkali akademisi terlibat pada proses pembuatan kebijakan, dimana akademisi hanya ikut terlibat dalam

bentuk masukan saja. Sebagai contoh adalah ketika FIK UI menghadiri Forum Guru Besar UI yang isinya adalah *brain storming* mengenai pencapaian MDGs dan hasil dari pertemuan dan diskusi tersebut dijadikan suatu *academic paper* untuk diserahkan kepada pemerintah sebagai masukan untuk pertimbangan dalam mengambil keputusan. Sehingga, dapat dilihat bahwa menurut hasil *interview* dengan narasumber memang partisipasi akademisi kepada pemerintah memang sudah ada, namun masih terbatas pada hubungan langsung. Disamping itu, pemerintah juga dianggap belum mampu menyediakan kerangka regulasi kebijakan yang komprehensif sehingga pemerintah seringkali dianggap kurang tegas khususnya pada peran dan tugas antara aktor terkait *Tiple Helix*.

Sedangkan terkait dengan partisipasi pihak akademisi dengan dunia bisnis dari kedua akademisi diatas dapat dikatakan belum terjalin secara dinamis, dimana pada penelitian oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia tidak terdapat partisipasi dari dunia bisnis dalam mendukung kegiatan tersebut. Sementara yang posisi dunia bisnis digantikan oleh lembaga donor internasional yaitu GTZ. Dari sisi FIK UI juga melihat bahwa hubungan dengan dunia bisnis masih begitu lemah, dimana hanya terdapat sedikit hubungan kerjasama antar FIK UI dengan perusahaan. Padahal, apabila terdapat hubungan partisipasi antar akademisi dengan dunia bisnis dapat memberikan dampak positif khususnya terkait dengan kemampuan kedua aktor mengisi kekosongan atau *gap*, dimana akademisi membutuhkan dana untuk penelitian terkait dengan meningkatkan teknologi dan ilmu pengetahuan sedangkan dunia bisnis dapat meningkatkan kualitas dan kapasitas produk atau jasanya melalui hasil penelitian.

III.3.3 Timbal Balik (*Reciprocity*)

III.3.3.1 Pemerintah

Pemerintah adalah aktor yang memiliki peran dominan pada pembangunan. Akan tetapi, dalam proses pembangunan pemerintah tidak dapat bekerja sendiri sehingga dibutuhkan kerjasama antar aktor lintas sektoral, lembaga, dunia bisnis, akademisi, dan masyarakat. Hubungan antar aktor dalam modal sosial selalu diwarnai kecenderungan saling bertukar kebaikan diantar aktor-aktor. Hubungan

timbang balik ini juga dapat diasumsikan sebagai saling melengkapi dan saling mendukung satu sama lain. Bahkan, modal sosial merupakan salah satu modal yang membuat aktor-aktor melangsungkan hubungan. Berangkat dari hal tersebut, peneliti akan melakukan analisa pada upaya pemerintah pada proses implementasi MDG tujuan 5A di Indonesia yang dilakukan pada tahun 2007 – 2010, dari sisi timbal balik antara pemerintah dengan dunia bisnis dan akademisi.

Untuk dapat menganalisa lebih lanjut mengenai timbal balik pemerintah dengan dua aktor lain, peneliti akan menggunakan hasil *interview* dengan Prof Dr. Nila Moeloek selaku Utusan Khusus Presiden untuk MDGs dan prespektif dari kebijakan dan program yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan.

Pada KUKPRI MDGs, narasumber menjelaskan bahwa pada proses pembangunan kesehatan, pemerintah membutuhkan kerjasama dengan aktor lain. Pemerintah melalui KUKPRI MDGs telah berkomitmen untuk dapat melakukan percepatan pencapaian MDGs melalui aksi dan juga kerjasama. Dalam hal kerjasama dengan aktor lain, KUKPRI MDGs sampai saat ini sudah menjalin 59 program pelayanan publik dengan dunia bisnis baik BUMN maupun swasta.¹⁵³ Terkait dengan hal tersebut, narasumber menjelaskan bahwa hubungan timbal balik memang sudah ada diantara aktor dimana dari program pelayanan publik atau CSR tersebut kedua aktor dapat mendukung satu sama lain. Namun, dari hubungan kerjasama pemerintah dengan dunia bisnis, narasumber berpendapat bahwa dunia bisnis memiliki kepentingan bisnis dibalik upaya yang dilakukan tersebut. Disamping itu, terkait dengan kerjasama antar pemerintah dengan dunia bisnis dalam pencapaian MDGs tujuan 5A pada tahun 2007 – 2010, dirasakan bahwa pada tahun itu hubungan kerjasama antar kedua aktor belum begitu banyak. Jika dibandingkan dengan tahun 2012 ini, dimana kerjasama pemerintah dengan dunia bisnis sudah semakin berkembang secara aktif, contohnya adalah kerjasama KUKPRI MDGs yang baru ini dilakukan dengan Nokia Indonesia. Narasumber mengatakan bahwa Nokia sebagai pihak dunia bisnis swasta dalam kemitraan tersebut merupakan *platform* untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia. Untuk itu, nantinya kerjasama ini akan terwujud dalam konten informasi kesehatan Nokia Life MDGs yang akan dikirimkan secara *real time*

¹⁵³ <http://mdgsindonesia.org>, *Loc. Cit.*

kepada para penggunanya. Oleh karena itu, dengan memanfaatkan Nokia Life, layanan penyedia informasi di *feature phone* Nokia, MDGs akan memberikan konten yang berguna untuk masyarakat. Sehingga hubungan timbal balik antara KUKPRI MDGs dengan Nokia dapat dilihat melalui kemampuan Nokia dalam menyediakan teknologi yang akan digunakan untuk meningkatkan cakupan informasi kesehatan.

Hal ini merupakan inovasi yang dibutuhkan oleh KUPRI MDGs dalam mensosialisasikan MDGs sebagai bentuk upaya percepatan pencapaian MDGs. Sedangkan dari sisi Nokia, terdapat keperluan untuk mengeluarkan anggaran CSR, dimana KUPRI MDGs dapat memfasilitasi kebutuhan tersebut secara nyata. Disini kedua aktor menjalin kerjasama yang memiliki timbal balik bagi kedua aktor dengan menandatangani MOU. Sehingga, telah terdapat timbal balik antara pemerintah melalui KUKPRI dengan Nokia yang di bawahi oleh MOU dalam menjalankan pelayanan kesehatan masyarakat yang sejalan dengan pencapaian MDGs tujuan 5A.

Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya dalam pencapaian MDGs khususnya bidang kesehatan, salah satunya adalah membuat Rencana Strategis tahun 2010 – 2014. Rencana Strategis tersebut juga mencakup strategi untuk dapat meningkatkan kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian ibu yang sejalan dengan MDGs tujuan 5A. Melalui Rencana Strategis tersebut, Kementerian Kesehatan sebagai pemerintah telah berpartisipasi aktif dalam membangun kesehatan di Indonesia.

Terkait dengan partisipasi aktif Kementerian Kesehatan dengan dunia bisnis dapat dikatakan sudah cukup baik dimana telah terdapat beberapa kerjasama dunia bisnis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk kesehatan ibu. Pada tahun 2011, tercatat 22 dunia bisnis termasuk BUMN dan swasta yang telah bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan dalam mencapai MDGs bidang kesehatan. Hal ini dapat dilihat sebagai bentuk partisipasi aktif Kementerian Kesehatan dalam inisiasi yang mengajak dunia bisnis untuk bergabung dalam proses percepatan pencapaian MDGs khususnya bidang kesehatan.

Terkait dengan timbal balik pemerintah dengan akademisi dalam upaya pencapaian tujuan MDG 5A di Indonesia, Prof Dr. Nila Moeloek sebagai Utusan Khusus Presiden untuk MDGs mengatakan bahwa akademisi memiliki peran yang penting melalui penelitian dan sosialisasi suatu kebijakan publik. Namun, kerjasama antar pemerintah dalam hal ini KUKPRI MDGs dengan pihak akademisi masih sangat kurang. Sampai saat ini baru terdapat sedikit universitas yang bekerjasama dalam penelitian dan sosialisasi MDGs dengan KUKPRI MDGs. Bahkan terkait dengan tujuan 5A, belum terdapat kerjasama dalam bentuk kegiatan penelitian atau layanan masyarakat yang diinisiasikan oleh kedua aktor. Berangkat dari hal tersebut, dapat dikatakan bahwa pada dasarnya pihak pemerintah sudah melihat pentingnya partisipasi dari pihak akademisi, namun belum terdapat kerjasama yang signifikan dari kedua aktor. Oleh karena itu, hubungan timbal balik antara KUKPRI MDGs dengan akademisi masih sangat lemah.

Terkait timbal balik antara Kementerian Kesehatan dengan akademisi, telah secara langsung diturunkan melalui berbagai kerjasama antar kedua aktor, salah satunya adalah kerjasama penelitian yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. Kedua aktor tersebut melakukan penelitian Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat yang dilakuakn di provinsi NTT dan NTB pada tahun 2007 lalu. Dari kegiatan penelitian tersebut dapat dilihat bahwa Kementerian Kesehatan telah melakukan kerjasama dengan pihak akademisi dalam menginisiasikan kegiatan penelitian dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak di daerah NTT dan NTB. Lebih lanjut lagi, kerjasama tersebut dapat dilihat bahwa terdapat hubungan timbal balik antar aktor, dimana Kementerian Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Daerah sebagai pemerintah memiliki kebijakan dan strategi untuk membangun kesehatan masyarakat di NTT dan NTB yang mana tentunya terkait dengan MDGs tujuan 5A. Sedangkan dari sisi akademisi, Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia dapat menjalankan perannya untuk melakukan penelitian agar dapat meningkatkan kualitas dan kapasitas teknologi dan ilmu pengetahuan, selain itu

akademisi juga menjalankan peran dalam pengabdian masyarakat khususnya bidang kesehatan di NTT dan NTB.

III.3.3.2 Dunia Bisnis

Terkait dengan timbal balik antara dunia bisnis dengan aktor lain seperti pemerintah dan akademisi, pada proses pembangunan khususnya kesehatan ibu di Indonesia dapat dilihat melalui program CSR perusahaan Pertamina dan KF yang telah dijelaskan sebelumnya. Dari kedua program CSR tersebut sudah dapat dilihat bahwa kedua perusahaan berkomitmen untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu, dimana kedua program tersebut sejalan dengan MDGs tujuan 5A. Lebih lanjut lagi, pada program SEHATI partisipasi dunia bisnis dapat dilihat pada tujuan dari program tersebut yaitu untuk mendukung upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas kesehatan. Program SEHATI yang merupakan program kemitraan Pertamina dengan PKBI memiliki hubungan kerjasama dengan pihak pemerintah daerah, khususnya Dinas Kesehatan dan Pos Kesehatan Desa. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, bentuk partisipasi pemerintah daerah pada program ini adalah pada saat *workshop* dimana peserta pelatihan memaparkan hasil survei dan strategi kepada pemimpin daerah untuk mendapatkan komitmen dan dukungan politik.

Selain itu, Pertamina telah menginisiasikan program CSR yang tidak berbentuk bantuan langsung saja, melainkan kepada bentuk bantuan jangka panjang yaitu peningkatan kapasitas dan kualitas masyarakat pada isu dan materi kesehatan khususnya kesehatan ibu. Terkait dengan hal tersebut, Pertamina berharap bahwa partisipasi dari pihak pemerintah daerah bidang kesehatan dan dari para *stakeholder* lain di masyarakat dapat terus membantu kesuksesan program ini dan lebih lanjut lagi dapat terus menjalankan program ini apabila program bantuan dari Pertamina telah berakhir.

Berangkat dari hal diatas, dapat dilihat bahwa terdapat hubungan yang erat antara dunia bisnis dalam hal ini Pertamina dengan pemerintah. Pertamina dalam hal ini mendukung dan berkomitmen kepada program pembangun kesehatan pemerintah. Sedangkan pemerintah ikut berpartisipasi dalam menyalurkan

anggaran CSR tersebut kepada masyarakat yang membutuhkan. Selain itu, pemerintah juga mendapatkan timbal balik dalam kerjasama program SEHATI karena pemerintah memiliki tanggung jawab untuk membangun kesehatan masyarakat.

Pada program FRESH, terlihat bahwa dunia bisnis melalui KF telah berkomitmen untuk melakukan pembangunan kesehatan masyarakat yang sejalan dengan program pemerintah. Program ini telah menyalurkan anggaran CSR-nya untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak melalui peningkatan pelayanan Posyandu yang tentunya sejalan dengan MDGs tujuan 5A. Pada akhir Maret 2011, program ini telah melayani 40.204 anak dan ibu melalui pelayanan Posyandu dan jasa pengembangan anak usia dini, melatih 2.560 kader, berhasil mencapai 455 dari 556 target posyandu, dan mendistribusikan materi mengenai pola hidup sehat dan pendidikan kesehatan kepada 399.726 individu melalui acara festival makanan.

Salah satu tantangan pada program FRESH ini adalah tersebarnya dana bagi Posyandu di berbagai lembaga pemerintah seperti Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Pemberdayaan Masyarakat, dan BKKBN Daerah. Untuk itu program ini membuat suatu pertemuan lintas sektoral setiap 6 bulan sekali untuk dapat memastikan distribusi dan penggunaan dana yang efektif. Terdapat juga pertemuan khusus untuk membahas peran dan tanggung jawab pemerintah daerah terkait Posyandu, pertemuan ini dilakukan dua kali selama program berlangsung hingga 2012.

Tantangan lain pada program ini adalah adanya rasio yang tinggi pada pengunduran diri para kader FRESH yaitu sekitar 20-40%. Ini adalah karena seringnya perubahan kepemimpinan desa. SC dan KF mengatasi tantangan ini dengan mendekati tingkat pemerintah daerah yang lebih tinggi atau pihak yang berwenang seperti kepala daerah kabupaten dan/atau gubernur untuk mengeluarkan jaminan pada kader program FRESH dari kegiatan politik pimpinan desa untuk keberlanjutan program ini.

Melihat dari hasil program tersebut dunia bisnis melalui kerjasama dengan pemerintah telah memiliki hubungan timbal balik yang cukup kuat, dimana

terlihat dari kesadaran dan komitmen KF dalam mendukung program pemerintah. Sedangkan dari sisi pemerintah khususnya terkait bidang kesehatan, program FRESH ini telah membantu pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan dari Posyandu khususnya untuk kesehatan ibu dan gizi anak. Lebih lanjut lagi, pemerintah juga mendapatkan hubungan timbal balik dimana pemerintah memiliki kewajiban untuk membangun kesehatan masyarakat, yang mana program FRESH telah ikut berpartisipasi.

Hubungan timbal balik antara dunia bisnis dengan akademisi dari kedua program CSR tersebut terlihat begitu lemah, dimana kedua program CSR tersebut tidak melibatkan partisipasi dari akademisi. Padahal, seharusnya perusahaan dapat memanfaatkan CSR yang akan disalurkan untuk tetap meningkatkan produktivitas, salah satunya adalah dengan meningkatkan kualitas teknologi dari akademisi. Sebagai contoh adalah ketika perusahaan memberikan beasiswa penelitian pada kampus, maka hasil penelitian tersebut dapat dimanfaatkan sesuai kebutuhan perusahaan. Terkait dengan hubungan timbal balik antara dunia bisnis dengan akademisi dimana tidak terdapat kerjasama dari kedua aktor, maka dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan timbal balik.

III.3.3.3 Akademisi

Sesuai dengan Undang-Undang, akademisi memiliki peran dalam menyediakan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Pada upaya pembangunan, peran tersebut dibutuhkan untuk mengisi kebutuhan dari proses rancangan kebijakan ataupun aksi yang dilakukan oleh pemerintah atau aktor lain seperti dunia bisnis melalui kegiatan CSR. Untuk dapat menjelaskan adanya hubungan timbal balik antara akademisi dengan pemerintah dan dunia bisnis, peneliti akan menggunakan penelitian yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia dan hasil *interview* dengan dosen FIK UI.

Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia melakukan Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat yang dilakukan di provinsi NTT dan NTB pada tahun 2007 lalu. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, program ini menjalin kerjasama

dengan pemerintah bidang kesehatan yaitu Dinas Kesehatan Daerah dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu, yang sejalan dengan MDGs tujuan 5A. Melalui penelitian ini, dapat dilihat bahwa kedua pihak berpartisipasi dalam suatu kerjasama penelitian. Lebih lanjut lagi, kerjasama tersebut memiliki suatu hubungan timbal balik sebagai landasan dari kerjasama. Dari sudut pandang akademisi, Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia telah menjalankan perannya sebagai peneliti untuk dapat mengembangkan teknologi dan ilmu pengetahuan. Selain itu, Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia juga sekaligus dapat menjalankan peran untuk pengabdian masyarakat khususnya di daerah NTT dan NTB. Dari sisi pemerintah, Dinas Kesehatan Daerah khususnya terkait bidang kesehatan ibu dan anak mendapatkan timbal balik yang positif dimana penelitian ini telah membantu pemerintah dalam mendapatkan data dan informasi otentik mengenai kualitas kesehatan di NTT dan NTB, hasil penelitian ini kemudian dapat digunakan sebagai dasar pertimbangan dari kebijakan atau aksi dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat, khususnya untuk kesehatan ibu dan gizi anak.

Berdasarkan hasil *interview* dengan Ibu Imami N. Rachmawati, SKp., M.Sc selaku dosen pada Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas pada FIK UI. Mengenai hubungan timbal balik antara akademisi dengan pemerintah, narasumber menjelaskan bahwa lemahnya partisipasi akademisi dengan pemerintah dapat dilihat dari partisipasi kedua aktor dalam suatu kerjasama. Dari sisi akademisi terkait dengan partisipasi dalam upaya pencapaian MDGs khususnya bidang kesehatan telah secara langsung maupun tidak langsung kami lakukan, sebagai contoh adalah pengajaran dan sosialisasi materi mengenai kesehatan ibu kepada mahasiswa FIK. Hal ini merupakan upaya dalam mendukung pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Selain itu, pada pola hubungan langsung dengan pemerintah, seringkali akademisi terlibat pada proses pembuatan kebijakan namun sebatas pemberian masukan untuk diserahkan kepada pemerintah sebagai masukan untuk pertimbangan dalam mengambil keputusan.

Berangkat dari hal tersebut, dapat dilihat bahwa pada hubungan tidak langsung antara kedua aktor memang sudah ada, terkait hubungan timbal balik

narasumber menjalankan perannya sebagai pengajar pada materi kesehatan dan keperawatan maternitas yang sesuai dengan program pemerintah khususnya bidang kesehatan. Sedangkan pada hubungan langsung dengan pemerintah masih lemah dimana peran akademisi belum dikembangkan secara berkelanjutan oleh pemerintah. Sehingga, hubungan timbal balik memang sudah ada, namun dapat dikatakan masih begitu lemah.

Terkait dengan kerjasama antara akademisi dengan dunia bisnis dari kedua akademisi diatas dapat dikatakan bahwa belum terjalin secara dinamis, mengacu kepada penelitian oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia tidak terdapat partisipasi dari dunia bisnis dalam mendukung kegiatan tersebut. Sementara yang posisi dunia bisnis digantikan oleh lembaga donor internasional yaitu GTZ.

Dari sisi FIK UI juga melihat bahwa hubungan dengan dunia bisnis masih begitu lemah, dimana hanya terdapat sedikit hubungan kerjasama antar FIK UI dengan perusahaan. Padahal, apabila terdapat hubungan partisipasi antar akademisi dengan dunia bisnis dapat memberikan dampak positif khususnya terkait dengan kemampuan kedua aktor mengisi kekosongan atau *gap*, dimana akademisi membutuhkan dana untuk penelitian terkait dengan meningkatkan teknologi dan ilmu pengetahuan sedangkan dunia bisnis dapat meningkatkan kualitas dan kapasitas produk atau jasanya melalui hasil penelitian. Sehingga pada hubungan timbal balik antara akademisi dengan dunia bisnis, belum dapat terlihat karena tidak adanya partisipasi antar kedua aktor pada suatu kerjasama.

III.3.4 Analisis Unsur-unsur Modal Sosial Pada Aktor Triple Helix

Tabel 3.2 Modal Sosial Pada Aktor *Triple Helix*

Aktor <i>Triple Helix</i>	Pemerintah	Akademisi	Dunia Bisnis
Pemerintah		<ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan lemah • Partisipasi kuat • Timbal balik lemah 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan kuat • Partisipasi kuat • Timbal balik kuat
Akademisi	<ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan kuat • Partisipasi lemah • Timbal balik lemah 		<ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan lemah • Partisipasi tidak ada • Timbal balik tidak ada
Dunia Bisnis	<ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan kuat • Partisipasi kuat • Timbal balik kuat 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan lemah • Partisipasi tidak ada • Timbal balik tidak ada 	

III.3.4.1 Pemerintah Kepada Dunia Bisnis

Kepercayaan antara pemerintah pada dunia bisnis dapat dikatakan kuat. Hal tersebut dikarenakan terdapat pandangan dari KUKPRI MDGs pentingnya partisipasi *stakeholder* dalam masyarakat untuk mendukung program pemerintah, salah satunya adalah melalui CSR. KUKPRI MDGs melihat akan efektivitas kegiatan CSR dalam mendukung pencapaian MDGs khususnya bidang kesehatan. Walaupun memang KUKPRI MDGs memiliki anggapan negatif kepada dunia bisnis bahwa mereka memiliki kepentingan dibalik keterlibatannya. Dari sisi Kementerian Kesehatan kepercayaan kepada dunia bisnis dapat dilihat melalui partisipasi dalam bentuk kerjasama yang telah ditandatangani oleh 22 dunia bisnis pada tahun 2011.

Partisipasi antara pemerintah pada dunia bisnis dapat dikatakan kuat. Hal tersebut dapat dilihat pada partisipasi KUKPRI MDGs melalui kerjasama dengan dunia bisnis, seperti kerjasama KUKPRI MDGs dengan Coca Cola dalam

komitmen lingkungan dan CSR berupa peningkatan kesehatan, pendidikan dan mengembangkan usaha kecil di masyarakat yang dilakukan pada tahun 2009 – 2010. Namun jika dibandingkan dengan sekarang ini, bentuk partisipasi pemerintah dengan dunia bisnis sudah semakin berkembang secara aktif, contohnya adalah kerjasama KUKPRI MDGs yang baru ini dilakukan dengan Nokia Indonesia. Dari sisi Kementerian Kesehatan, partisipasi telah terbentuk dimana telah terdapat beberapa kerjasama dunia bisnis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk kesehatan ibu. Pada tahun 2011, tercatat 22 dunia bisnis termasuk BUMN dan swasta yang telah bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan dalam mencapai MDGs bidang kesehatan.

Timbal balik antara pemerintah pada dunia bisnis dapat dikatakan kuat. Hal tersebut dapat dilihat pada kerjasama KUKPRI dengan dunia bisnis, KUKPRI MDGs sampai saat ini sudah menjalin 59 program pelayanan publik dengan dunia bisnis baik BUMN maupun swasta, dimana dari program pelayanan publik atau CSR tersebut kedua aktor dapat mendukung satu sama lain. Dari sisi Kementerian Kesehatan timbal balik dapat dilihat melalui beberapa kerjasama dunia bisnis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk kesehatan ibu. Pada tahun 2011, tercatat 22 dunia bisnis termasuk BUMN dan swasta yang telah bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan dalam mencapai MDGs bidang kesehatan. Hal ini dapat dilihat sebagai bentuk partisipasi aktif Kementerian Kesehatan dalam inisiasi yang mengajak dunia bisnis untuk bergabung dalam proses percepatan pencapaian MDGs khususnya bidang kesehatan, terkait program CSR dunia bisnis.

III.3.4.2 Pemerintah Kepada Akademisi

Kepercayaan antara pemerintah pada akademisi adalah kuat. Hal tersebut dapat dilihat pada pendapat KUKPRI MDGs yang menyadari pentingnya peran akademisi pada upaya implementasi kebijakan publik dalam hal ini yaitu MDGs. Dari sisi Kementerian Kesehatan kepercayaan diperkuat melalui kerjasama yang dilakukan dengan pihak akademisi bidang kesehatan di Universitas Indonesia.

Kerjasama tersebut dilakukan untuk membangun kesehatan ibu dan anak di daerah NTT dan NTB pada tahun 2007.

Partisipasi antara pemerintah pada akademisi adalah lemah. Hal tersebut dapat dilihat pada sedikitnya hubungan kerjasama yang telah dilakukan antara KUKPRI MDGs dengan universitas, terlebih lagi pada kerjasama terkait pencapaian MDGs tujuan 5A. Dari sisi Kementerian Kesehatan dapat dilihat bahwa kerjasama kegiatan penelitian maupun survei atau kajian yang telah dilakukan, sebagai contoh adalah penelitian bidang kesehatan di NTT dan NTB pada tahun 2007, yang bekerjasama dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia.

Timbal balik antara pemerintah pada akademisi adalah lemah. Hal tersebut dapat dilihat pada pendapat dari KUKPRI MDGs yang menyadari akan pentingnya peran akademisi, namun belum terdapat kerjasama yang signifikan dari kedua aktor. Dari sisi Kementerian Kesehatan dapat dilihat melalui penelitian bidang kesehatan di NTT dan NTB pada tahun 2007 dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. Kerjasama tersebut dapat dilihat bahwa terdapat hubungan timbal balik antar aktor, dimana Kementerian Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Daerah sebagai pemerintah memiliki kebijakan dan strategi untuk membangun kesehatan masyarakat di NTT dan NTB yang mana tentunya terkait dengan MDGs tujuan 5A. Sedangkan dari sisi Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia dapat menjalankan perannya untuk melakukan penelitian agar dapat meningkatkan kualitas dan kapasitas teknologi dan ilmu pengetahuan, selain itu akademisi juga menjalankan peran dalam pengabdian masyarakat khususnya bidang kesehatan di NTT dan NTB.

III.3.4.3 Dunia Bisnis Kepada Pemerintah

Kepercayaan antara dunia bisnis pada pemerintah adalah kuat, dimana pada program SEHATI kerjasama telah dibangun antar Pertamina dengan pemerintah daerah dan tokoh masyarakat dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu. Kegiatan ini dilakukan dengan cara memberikan peningkatan kualitas dan kapasitas melalui pelatihan mengenai kesehatan ibu dan

anak pada masyarakat. Pada program FRESH juga telah memperkuat kepercayaan antar kedua aktor melalui program peningkatan pelayanan Posyandu yang tentunya sejalan dengan program pembangunan kesehatan pemerintah.

Partisipasi antara dunia bisnis pada pemerintah adalah kuat, dimana kedua program CSR yaitu SEHATI dan FRESH telah berjalan dengan tujuan untuk mendukung program pemerintah yaitu untuk membangun kesehatan khususnya ibu dan anak di Indonesia. Pada program SEHATI kerjasama telah dibangun antar Pertamina dengan pemerintah daerah dan tokoh masyarakat dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu. Pada program FRESH berpartisipasi dalam meningkatkan pelayanan Posyandu yang sejalan dengan program pembangunan kesehatan pemerintah.

Timbal balik antara dunia bisnis pada pemerintah adalah kuat, dimana pada program SEHATI dapat dilihat bahwa terdapat hubungan yang erat antara dunia bisnis dalam hal ini Pertamina dengan pemerintah. Pertamina dalam hal ini mendukung dan berkomitmen kepada program pembangun kesehatan pemerintah. Sedangkan pemerintah ikut berpartisipasi dalam menyalurkan anggaran CSR tersebut kepada masyarakat yang membutuhkan. Selain itu, pemerintah juga mendapatkan timbal balik dalam kerjasama program SEHATI karena pemerintah memiliki tanggung jawab untuk membangun kesehatan masyarakat. Pada program FRESH dapat dilihat dari kesadaran dan komitmen KF dalam mendukung program pemerintah. Sedangkan dari sisi pemerintah khususnya terkait bidang kesehatan, program FRESH ini telah membantu pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan dari Posyandu khususnya untuk kesehatan ibu dan gizi anak. Lebih lanjut lagi, pemerintah juga mendapatkan hubungan timbal balik dimana pemerintah memiliki kewajiban untuk membangun kesehatan masyarakat, yang mana program FRESH telah ikut berpartisipasi.

III.3.4.4 Dunia Bisnis Kepada Akademisi

Kepercayaan antara dunia bisnis pada akademisi adalah lemah, terlihat dari kedua program CSR dimana dunia bisnis tidak menjalin kerjasama dengan pihak akademisi. Padahal sinergitas dari kedua aktor pada kegiatan CSR dapat

meningkatkan kualitas dan cakupan, dan mengoptimalkan pencapaian tujuan kegiatan CSR. Dari kedua studi kasus tersebut terlihat bahwa terdapat kekosongan yang belum dapat diisi antara kedua aktor, terkait dengan program CSR memang tergambar bahwa terdapat permintaan yang cukup tinggi akan cakupan dan eksposir dari suatu program. Sedangkan pada umumnya peneliti belum berani untuk membuat suatu program besar yang sesuai dengan kebutuhan dunia bisnis – kecuali beberapa universitas besar seperti UI dan ITB. Hal tersebut terjadi karena kurangnya kualitas SDM dan pengembangan penelitian.

Partisipasi antara dunia bisnis pada akademisi adalah tidak ada, dimana dari kedua program CSR memang tidak terdapat partisipasi dari akademisi dalam mendukung program pembangunan kesehatan tersebut.

Timbal balik antara dunia bisnis pada akademisi adalah tidak ada, dimana dengan tidak melibatkan partisipasi akademisi pada kedua program CSR tersebut. Sehingga, tidak terdapat hubungan timbal balik dari kedua aktor dalam upaya pembangunan kesehatan di Indonesia, melalui program CSR tersebut.

III.3.4.5 Akademisi Kepada Pemerintah

Kepercayaan antara akademisi pada pemerintah adalah lemah, dimana memang pada penelitian oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia sebagai akademisi telah menjalankan peran akademisi sebagai peneliti dan pengabdian masyarakat sesuai dengan Undang-Undang dan peraturan pemerintah tentang fungsi dan peran universitas. Selain itu, dapat dilihat bahwa pemerintah melalui Dinas Kesehatan Daerah telah berpartisipasi secara penuh dalam mendukung kegiatan penelitian tersebut. Lebih lanjut lagi, terlihat bahwa hubungan kerjasama tersebut antar akademisi dengan pemerintah juga telah mengarah kepada aksi jangka panjang dengan menggunakan hasil survei ini untuk penelitian yang akan datang dengan melibatkan akademisi yang lebih luas. Di sisi lain, dari hasil *interview* dengan FIK UI dinyatakan bahwa kepercayaan dengan pemerintah memang sudah ada, dimana terlihat dari upaya akademisi dalam berpartisipasi pada pencapaian MDGs khususnya tujuan 5A melalui *academic paper* yang dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan pemerintah. Namun

kepercayaan akademisi kepada pemerintah masih belum kuat dimana terdapat anggapan bahwa pemerintah belum mampu mengimplementasikan kerangka regulasi kebijakan yang komprehensif.

Partisipasi antara akademisi dengan pemerintah adalah kuat, dari sisi Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia telah terdapat kerjasama dalam penelitian. Dari sisi FIK UI, Dari sisi FIK UI terkait dengan partisipasi dalam upaya pencapaian MDGs khususnya bidang kesehatan telah secara langsung maupun tidak langsung kami lakukan, sebagai contoh adalah pengajaran dan sosialisasi materi mengenai kesehatan ibu kepada mahasiswa FIK. Hal ini merupakan upaya dalam mendukung pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Selain itu, pada pola hubungan langsung dengan pemerintah, seringkali akademisi terlibat pada proses pembuatan kebijakan namun sebatas pemberian masukan untuk diserahkan kepada pemerintah sebagai masukan untuk pertimbangan dalam mengambil keputusan.

Timbal balik antara akademisi dengan pemerintah adalah lemah, dari sisi Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia telah menjalankan perannya sebagai peneliti untuk dapat mengembangkan teknologi dan ilmu pengetahuan. Selain itu, Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia juga sekaligus dapat menjalankan peran untuk pengabdian masyarakat khususnya di daerah NTT dan NTB. Dari sisi pemerintah, Dinas Kesehatan Daerah khususnya terkait bidang kesehatan ibu dan anak mendapatkan timbal balik yang positif dimana penelitian ini telah membantu pemerintah dalam mendapatkan data dan informasi otentik mengenai kualitas kesehatan di NTT dan NTB, hasil penelitian ini kemudian dapat digunakan sebagai dasar pertimbangan dari kebijakan atau aksi dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat, khususnya untuk kesehatan ibu dan gizi anak. Dari sisi FIK UI dapat dilihat bahwa hubungan timbal balik sudah terbentuk pada peran akademisi untuk memberikan pengajaran mengenai ilmu keperawatan, dimana sejalan dengan upaya sosialisasi MDGs khususnya tujuan 5A. Sedangkan pada hubungan langsung dengan pemerintah masih lemah dimana peran akademisi belum dikembangkan secara berkelanjutan oleh pemerintah.

III.3.4.6 Akademisi Kepada Dunia Bisnis

Kepercayaan antara akademisi pada dunia bisnis adalah lemah, hal ini dapat terlihat dari Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia dapat dikatakan belum terjalin secara dinamis, dimana pada penelitian di NTT dan NTB tersebut tidak terdapat partisipasi dari dunia bisnis. Dari sisi FIK UI juga melihat bahwa hubungan dengan dunia bisnis masih begitu lemah, dimana hanya terdapat sedikit hubungan kerjasama antar FIK UI dengan perusahaan.

Partisipasi antara akademisi pada dunia bisnis adalah tidak ada, dimana pada penelitian oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia tidak terdapat partisipasi dari dunia bisnis dalam mendukung kegiatan tersebut. Sementara yang posisi dunia bisnis digantikan oleh lembaga donor internasional yaitu GTZ. Dari sisi FIK UI juga melihat bahwa hubungan dengan dunia bisnis masih begitu lemah, dimana hanya terdapat sedikit hubungan kerjasama antar FIK UI dengan perusahaan.

Timbal balik antara akademisi pada dunia bisnis adalah tidak ada, dimana pada penelitian Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia di NTT dan NTB tidak terdapat partisipasi dari dunia bisnis. Dari sisi FIK UI, terdapat sedikit hubungan kerjasama antar FIK UI dengan perusahaan. Sehingga pada hubungan timbal balik antara akademisi dengan dunia bisnis, belum dapat terlihat karena tidak adanya partisipasi antar kedua aktor pada suatu kerjasama.

III. 3.5 Analisis Pola Interelasi Modal Sosial Antar Aktor Triple Helix Pada Implementasi MDGs Tujuan 5A di Indonesia

Pada bagian analisis ini peneliti akan menjelaskan lebih lanjut mengenai pola interelasi modal sosial antar aktor *Triple Helix* pada implementasi MDGs tujuan 5A di Indonesia pada tahun 2007 – 2010. Melalui unsur modal sosial yaitu kepercayaan, partisipasi, dan timbal balik pada bagian analisis sebelumnya telah menjelaskan mengenai peran dan upaya yang dilakukan oleh aktor *Triple Helix*. Lebih lanjut lagi, melalui analisis tersebut peneliti akan menggambarkan dan menjelaskan pola interelasi modal sosial antar ketiga aktor yaitu *bonding* (mengikat) atau *bridging* (menjembatani).

Secara singkat, konsep pola interelasi modal sosial menurut J. Hasbullah adalah pengelompokan *Bonding* yang bercirikan masyarakat yang terikat dalam suatu jaringan eksklusif, terdapat pembedaan yang kuat antara orang dalam dan luar jaringan tersebut, sulit menerima arus perubahan, kurang akomodatif terhadap pihak luar, mengutamakan kepentingan kelompok dan mengutamakan solidaritas kelompok.

Sementara pengelompokan *Bridging* bercirikan masyarakat yang terbuka, memiliki jaringan yang lebih fleksibel, toleran, memungkinkan untuk banyak alternatif jawaban dan penyelesaian masalah, akomodatif untuk menerima perubahan, cenderung memiliki sikap yang altruistik, humanitarian dan universal.¹⁵⁴

Terdapat empat kemungkinan kombinasi yang terjadi di masyarakat. Pertama, bila *bonding* dan *bridging* lemah, maka kelompok masyarakat tidak memiliki modal sosial dan tidak ideal untuk bisa maju dan berkembang karena tidak memiliki solidaritas kelompok dan tidak mampu membuka diri bagi kemajuan ke depan. Kedua, jika fungsi *bonding* kuat namun fungsi *bridging* lemah membuat masyarakat menjadi terlalu terikat kedalam namun komunikasi ke luar lemah, akibatnya komunitas cenderung eksklusif dan resisten terhadap dunia luar.

Ketiga, bila fungsi *bridging* terlalu kuat sementara, fungsi *bonding* lemah maka masyarakat cenderung tidak memiliki kekuatan sehingga penetrasi dari luar begitu cepat masuk untuk mempengaruhi komunitas di dalam. Terakhir, bila kedua fungsi berjalan dengan baik dan kuat, maka komunitas ini mampu melakukan perubahan dari dalam secara dinamis dengan mengkonservasi nilai-nilai luar secara baik dan memelihara nilai-nilai internal juga dengan baik.

Menurut Rachbini, kombinasi kedua pola interelasi secara kuat akan menghasilkan masyarakat yang melakukan perubahan dari dalam secara dinamis.¹⁵⁵ Peneliti sependapat bahwa kombinasi pola interelasi tersebut merupakan pola paling ideal bagi berjalannya upaya pencapaian MDGs. Lebih

¹⁵⁴ Jousairi Hasbullah, *Loc. Cit.*

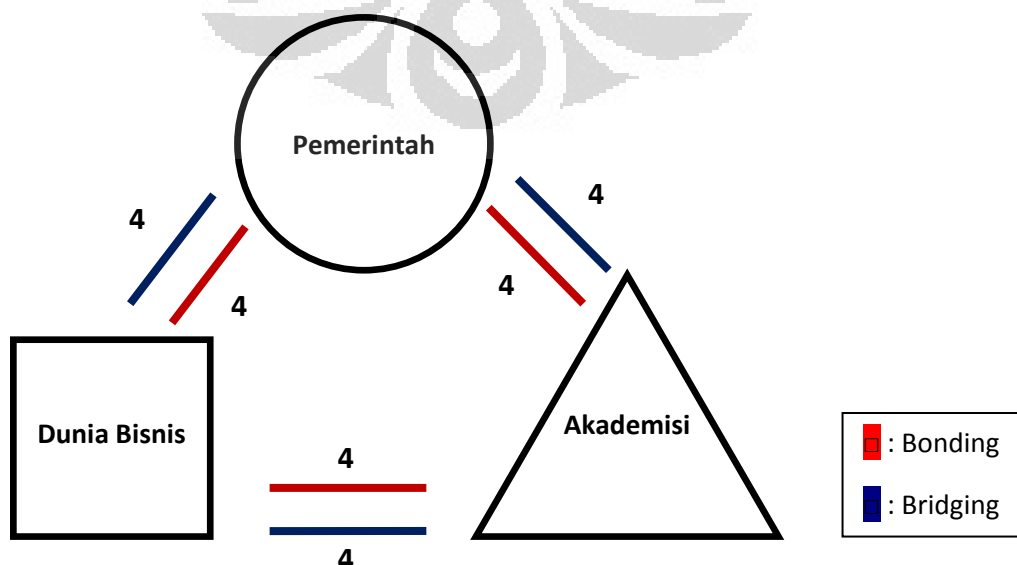
¹⁵⁵ Rachbini dan Didik, *Loc. Cit.*

lanjut lagi, melalui pola tersebut dapat terlihat bahwa aktor memiliki ikatan nilai-nilai dalam internal secara kuat dan mampu bersikap terbuka dan akomodatif untuk menerima perubahan terkait dengan upaya pencapaian MDGs. Untuk menganalisis unsur modal sosial dari aktor Triple Helix menjadi pola interelasi modal sosial, peneliti akan mensimulasikan pola interelasi dengan cara melakukan kuantifikasi sebagai landasan analisis. Terkait dengan empat pola interelasi modal sosial, maka peneliti melakukan kuantifikasi sebagai berikut:

<i>Bonding kuat</i>	: 2 poin	<i>Bridging kuat</i>	: 2 poin
<i>Bonding lemah</i>	: 1 poin	<i>Bridging lemah</i>	: 1 poin

Seperti pada Gambar 3.1, digambarkan bahwa pola interelasi yaitu bonding dan bridging antar aktor secara dua arah adalah 24 poin, sebagai contoh pada Gambar 3.1 yaitu analisis bonding dan bridging antar aktor pemerintah ke dunia bisnis dan sebaliknya yang mendapatkan poin sebesar 4 pada bonding dan 5 pada bridging. Angka tersebut didapatkan karena pemerintah memiliki bonding kuat (4 poin) dan bridging kuat (4 poin) dengan dunia bisnis. Dari Gambar 3.1 dapat dilihat bahwa pola paling ideal dalam hubungan antar aktor adalah bonding kuat dan bridging kuat pada ketiga aktor yang dilakukan secara dua arah pada masing-masing aktor, dimana jumlah point terbesar adalah 24 poin. Sehingga melalui analisis pola interelasi ini dapat dilihat posisi poin dalam pencapaian MDGs 5A di Indonesia pada tahun 2007 – 2010.

Gambar 3.1. Pola Interelasi Modal Sosial Ideal



III.3.5.1 Pemerintah dengan Dunia Bisnis

Pola interelasi antara pemerintah dengan dunia bisnis adalah *bonding* kuat dan *bridging* kuat, dimana pemerintah memiliki kepercayaan yang kuat kepada dunia bisnis dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Pemerintah juga telah berpartisipasi dalam upaya tersebut yang bekerjasama dengan dunia bisnis, sehingga memiliki partisipasi yang kuat. Terakhir, terdapat timbal balik yang kuat antara pemerintah dengan dunia bisnis yang berasal dari hubungan partisipasi aktif kedua aktor tersebut.

Pola interelasi antara dunia bisnis kepada pemerintah adalah *bonding* kuat dan *bridging* kuat, dimana dunia bisnis juga memiliki kepercayaan yang kuat kepada pemerintah dalam mendukung upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Dunia bisnis telah berpartisipasi dalam upaya tersebut melalui kegiatan CSR, sehingga dunia bisnis memiliki partisipasi yang kuat. Pada timbal balik, didapatkan bahwa terdapat kondisi *mutual benefit* dari kedua aktor pada peran, tugas, dan kewajiban masing-masing aktor dalam mencapai tujuan MDGs bersama. Sehingga terdapat timbal balik yang kuat antara dunia bisnis dengan pemerintah.

Sehingga, pada simulasi pola interelasi antara pemerintah dengan dunia bisnis mendapatkan poin sebesar 8. Angka ini didapatkan dari pola interelasi pemerintah kepada dunia bisnis yaitu *bonding* kuat (2 poin) dan *bridging* kuat (2 poin), ditambahkan dengan pola interelasi dunia bisnis kepada pemerintah yaitu *bonding* kuat (2 poin) dan *bridging* kuat (2 poin). Hal ini menggambarkan adanya regulasi, kebijakan dan program pemerintah yang berjalan harmonis dengan program dari dunia bisnis khususnya CSR atau pelayanan masyarakat.

III.3.5.2 Dunia bisnis dengan Akademisi

Pola interelasi antara dunia bisnis dengan akademisi adalah *bonding* lemah dan *bridging* lemah, dimana kepercayaan antar kedua aktor begitu lemah dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Dunia bisnis juga tidak berpartisipasi dalam bentuk kerjasama penelitian dengan akademisi. Pada

timbang balik, terlihat bahwa tidak terdapat timbal balik antara dunia bisnis dengan akademisi.

Pola interelasi antara akademisi kepada dunia bisnis adalah *bonding* lemah dan *bridging* lemah, dimana terlihat bahwa kepercayaan antar kedua aktor begitu lemah dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Akademisi juga tidak dilibatkan dalam bentuk kerjasama dalam program CSR dengan dunia bisnis. Pada timbal balik, terlihat bahwa tidak terdapat timbal balik antara akademisi dengan dunia bisnis.

Sehingga, pada simulasi pola interelasi antara dunia bisnis dengan akademisi mendapatkan poin sebesar 4. Angka ini didapatkan dari pola interelasi dunia bisnis kepada akademisi yaitu *bonding* lemah (1 poin) dan *bridging* lemah (1 poin), ditambahkan dengan pola interelasi dunia bisnis kepada pemerintah yaitu *bonding* lemah (1 poin) dan *bridging* lemah (1 poin). Hal ini menggambarkan bahwa tidak adanya hubungan yang harmonis antara dunia bisnis dengan akademisi, dan sebaliknya.

III.3.5.3 Akademisi dengan Pemerintah

Pola interelasi antara akademisi dengan pemerintah adalah *bonding* lemah dan *bridging* kuat, dimana kepercayaan antara akademisi dengan pemerintah adalah lemah. Pada partisipasi kedua aktor dapat dikatakan kuat dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Pada timbal balik antar aktor, dapat dikatakan begitu lemah karena tidak terdapat hubungan timbal balik antar aktor secara signifikan atau langsung.

Pola interelasi antara Pemerintah dengan akademisi adalah *bonding* kuat dan *bridging* lemah, dimana terlihat bahwa kepercayaan antar kedua aktor adalah kuat. Pada partisipasi didapatkan begitu lemah dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Pada timbal balik, terlihat bahwa tidak terdapat timbal balik antara Pemerintah dengan akademisi secara signifikan atau langsung.

Sehingga, pada simulasi pola interelasi antara akademisi dengan pemerintah mendapatkan poin sebesar 6. Angka ini didapatkan dari pola interelasi akademisi dengan pemerintah yaitu *bonding* lemah (1 poin) dan *bridging* kuat (2 poin), ditambahkan dengan pola interelasi dunia bisnis kepada pemerintah yaitu *bonding*

kuat (2 poin) dan *bridging* lemah (1 poin). Hal ini menggambarkan bahwa tidak adanya hubungan yang harmonis antara dunia bisnis dengan akademisi, dan sebaliknya.

III.3.5.4 Analisis Pola Interelasi Modal Sosial

Berdasarkan ketiga penjelasan simulasi pola interelasi modal sosial diatas, didapatkan bahwa angka keseluruhan dari ketiga aktor adalah 18. Sedangkan poin ideal yang menggambarkan berjalannya upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia adalah 24, maka terdapat selisih sebesar 6 poin. Hal ini menunjukkan bahwa pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia masih dibawah standar ideal.

Hal ini menunjukkan bahwa upaya yang selama ini dilakukan masih belum cukup untuk mendorong pencapaian MDGs tujuan 5A di tahun 2015. Tampak pada Gambar 3.2 bahwa relasi antara pemerintah dengan akademisi belum sepenuhnya kuat, berdasarkan hasil analisis hal ini terjadi karena akademisi belum sepenuhnya mempercayai pemerintah dan sebaliknya pemerintah sendiri tidak sepenuhnya melibatkan akademisi dalam pengambilan keputusan sehingga tidak terjadi hubungan timbal balik yang kuat antara kedua belah pihak.

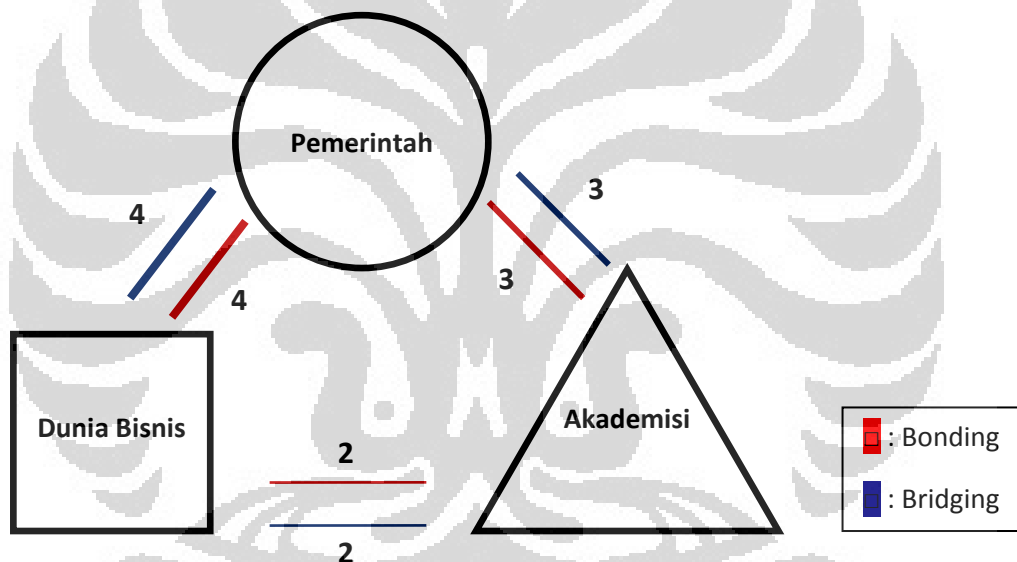
Dari sisi interelasi antara pemerintah dengan bisnis sebenarnya sudah terjadi hubungan yang kuat dimana terjadi saling kepercayaan, hubungan timbal balik yang baik, dan partisipasi aktif dunia bisnis dalam upaya pencapaian MDGs 5A. Pada sisi yang lain, interelasi modal sosial terlemah tampak terjadi antar dunia bisnis dan akademisi. Tampak jelas bahwa belum ada kepercayaan antar kedua belah pihak, sehingga tidak terjalin hubungan timbal balik yang baik. Partisipasi akademisi dalam kegiatan CSR dunia bisnis juga tidak terjadi, dan begitu juga sebaliknya dukungan dunia bisnis terhadap upaya-upaya akademisi dalam pencapaian MDGs 5A belum tampak terjadi.

Hal tersebut diatas dapat menjelaskan kelemahan yang selama ini terjadi dalam pencapaian MDGs 5A di Indonesia, dimana interaksi kepentingan antar ketiga pihak belum selaras. Perbedaan pemahaman dari ketiga pihak jelas tampak terjadi dan berdampak negatif terhadap upaya-upaya pencapaian MDGs tujuan 5A

karena kepentingan masing-masing pihak untuk mencapai tujuannya masih terasa kental.

Hal ini menunjukkan bahwa kepercayaan, hubungan timbal balik, serta pelibatan partisipasi aktif pihak diluar pemerintah menjadi sangat penting. Ini membuktikan pendapat Easterly dan kritikus MDGs lainnya bahwa pelibatan *civil society* oleh pemerintah negara-negara berkembang tidak terjadi dalam upaya pencapaian MDGs. Tampak jelas bahwa suatu rezim internasional seperti MDGs tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya tanpa adanya pelibatan masyarakat secara luas.

Gambar 3.2 Pola Interelasi Modal Sosial Aktual



III.3.6 Analisis Peran Penting Modal Sosial dalam Suatu Rezim Internasional

MDGs merupakan suatu bentuk dari rezim internasional yang memiliki fokus pada pembangunan kesejahteraan dunia. Sesuai dengan penjelasan Stephen Krasner bahwa rezim internasional memiliki norma, prosedur dalam pengambilan keputusan baik secara implisit maupun eksplisit diantara ekspektasi aktor-aktor yang saling bertemu dalam suatu lingkup area di hubungan internasional (Stephen Krasner, 1990). MDGs dikatakan sebagai bentuk rezim internasional karena terdapat norma, perilaku dan prosedur dalam pengambilan keputusan yang sesuai

dengan ekspektasi negara-negara anggota PBB untuk dapat meningkatkan kesejahteraan dunia di tahun 2015. MDGs sebagai rezim internasional dalam pembangunan kesejahteraan dunia menurunkan norma, perilaku dan prosedur tersebut melalui tujuan, indikator dan sasaran yang telah disepakati oleh negara-negara dalam KTT Millennium pada tahun 2000. Guna mencapai sasaran MDGs, setiap tahunnya suatu negara harus membuat laporan tahunan yang dimonitor status pencapaiannya oleh badan PBB.

Indonesia sebagai salah satu negara yang menandatangani deklarasi millenium, sejak saat itu semakin terlihat adanya komitmen pemerintah dalam melakukan upaya pembangunan kesejahteraan masyarakat di Indonesia. Pemerintah menurunkan upaya tersebut dalam bentuk kebijakan, regulasi dan aksi. Dalam upaya pencapaian MDGs, pemerintah tidak dapat bekerja sendiri, sehingga dibutuhkan partisipasi dari *stakeholder* lain di masyarakat. Lebih lanjut lagi, hal ini dijelaskan sebagai kebutuhan akan adanya modal sosial di masyarakat, seperti kepercayaan, partisipasi aktif, dan timbal balik antara masyarakat.

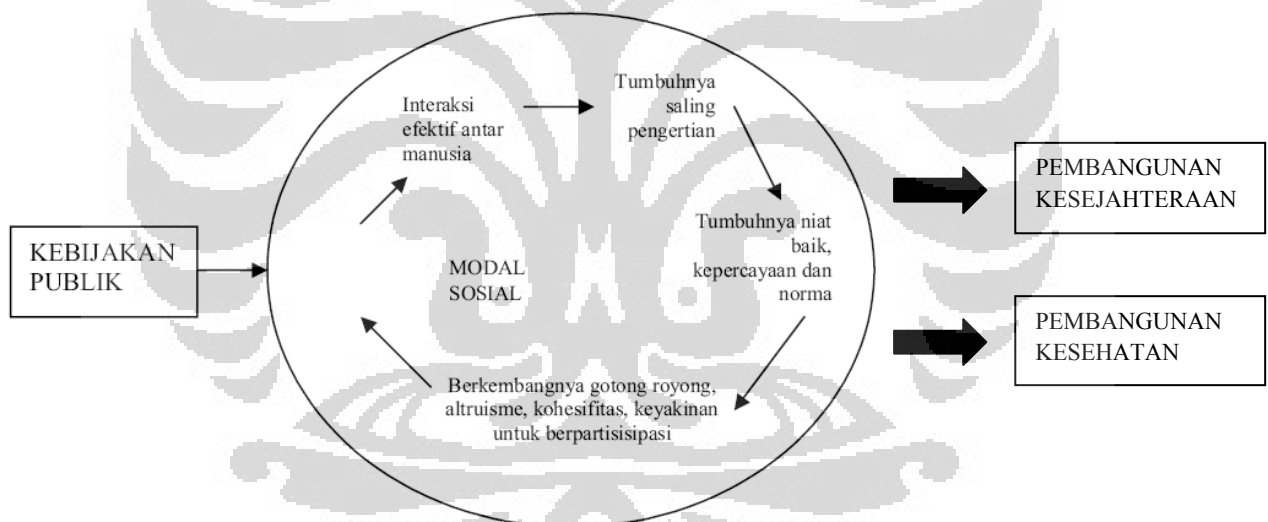
Pada penelitian ini, berdasarkan konsep *Triple Helix* peneliti menggunakan dunia bisnis dan akademisi sebagai aktor lain yang dapat mendukung upaya pembangunan kesejahteraan di Indonesia. Sehingga, dari tujuan, indikator dan sasaran pada MDGs dapat dilihat dari rangkaian kebijakan publik yang diturunkan oleh ketiga aktor tersebut dalam upaya pencapaian MDGs khususnya bidang kesehatan ibu.

Dalam konteks kebijakan publik, modal sosial pada intinya menunjuk pada *political will* dan penciptaan kepercayaan, partisipasi, dan kebersamaan yang timbul dari adanya interaksi manusia di sebuah masyarakat. Pemerintah dapat mempengaruhi secara positif kepercayaan, tingkat partisipasi, dan kolaborasi sosial dalam sebuah komunitas. Modal sosial dari ketiga aktor *Triple Helix* dapat berkembang karena adanya kesamaan tujuan dan kepentingan, kebebasan menyatakan pendapat atau berorganisasi, terjalannya relasi yang berkelanjutan, serta terpeliharanya komunikasi dan dialog secara efektif. Gambar 3.1 menggambarkan bagaimana kebijakan publik dapat mempengaruhi lingkaran

modal sosial yang ada gilirannya menjadi pendorong keberhasilan pembangunan, khususnya pembangunan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat.

Seperti yang telah dijelaskan diatas, pada upaya implementasi kebijakan publik, maka dibutuhkan modal sosial. Tanpa adanya modal sosial di dalam masyarakat, kebijakan publik antar ketiga aktor tidak dapat berjalan. Maka, dibutuhkan suatu strategi kebijakan publik yang melibatkan unsur kepercayaan, partisipasi, dan timbal balik antar aktor *Triple Helix*. Manfaat dari kebijakan publik yang memiliki modal sosial yaitu adanya *stakeholder* di masyarakat yang memiliki kesadaran sosial, tumbuhnya kepercayaan antar aktor, meningkatkan partisipasi di dalam masyarakat, menguatnya aksi bersama yang merefleksikan perasaan tanggung jawab bersama.

Gambar 3.2 Kebijakan Publik dan Modal Sosial

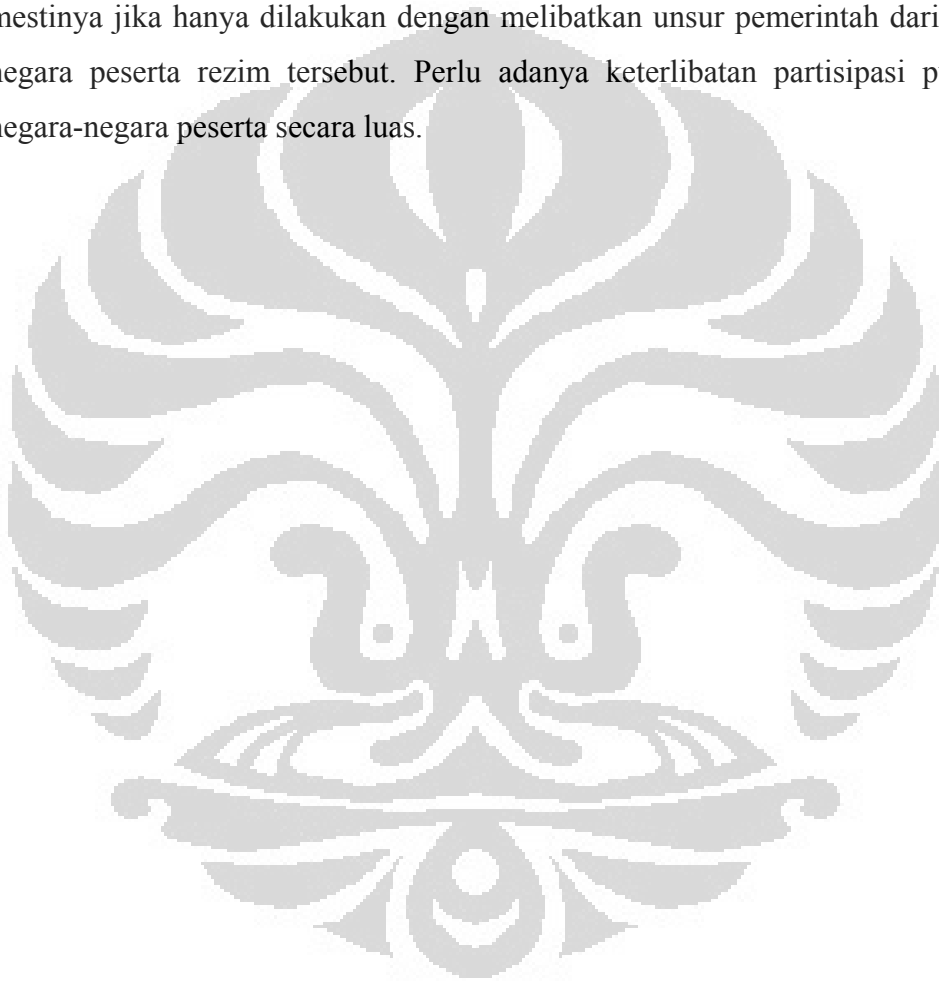


Sumber: Edi Suharto, Modal Sosial dan Kebijakan Publik, 2011

Sehingga secara singkat dapat dikatakan bahwa MDGs sebagai bentuk rezim internasional yang menurunkan tujuan, sasaran, dan indikator yang kemudian diterjemahkan di Indonesia melalui suatu kebijakan publik sulit untuk berjalan. Implementasi rezim internasional ini tidak akan berjalan di lapangan tanpa adanya modal sosial yaitu kepercayaan, partisipasi, dan timbal balik antar aktor *Triple Helix*.

Melalui interaksi dari aktor *Triple Helix* menjadi gambaran lemahnya modal sosial yang terjadi di Indonesia dalam upaya pencapaian MDGs tujuan 5A. Kepercayaan, hubungan timbal balik, serta pelibatan partisipasi aktif pihak diluar pemerintah menjadi faktor yang sangat penting untuk membangun modal sosial tersebut. Hasil ini sejalan dengan pernyataan berbagai akademisi mengenai sulitnya MDGs tercapai di negara-negara berkembang.

Sehingga suatu rezim internasional tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya jika hanya dilakukan dengan melibatkan unsur pemerintah dari negara-negara peserta rezim tersebut. Perlu adanya keterlibatan partisipasi publik di negara-negara peserta secara luas.



BAB IV

PENUTUP

IV.1 Kesimpulan

Pada September tahun 2000, dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Millennium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sebanyak 189 negara sepakat untuk menandatangani Deklarasi Milenium yang kemudian dijabarkan dalam kerangka praktis Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millennium Development Goals* (MDGs). Fokus utama dari MDGs adalah untuk melakukan pembangunan kualitas hidup manusia yang terdiri dari penanggulangan kemiskinan dan kelaparan, peningkatan kualitas dan cakupan kesehatan, peningkatan cakupan pendidikan, kesetaraan gender, penanggulangan penyakit HIV/Aids, TB dan penyakit menular lainnya, memastikan kelestarian lingkungan hidup, dan menciptakan kerjasama global dalam pembangunan. MDGs memiliki tenggat waktu yaitu sampai dengan tahun 2015 dengan sasaran, tujuan, dan indikator yang terukur. Apabila MDGs ini dapat tercapai, maka akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat dunia secara signifikan. Manfaat dari MDGs ini sudah dapat dilihat seperti contoh pada MDGs tujuan 4 yaitu menurunkan angka kematian bayi telah turun dari tahun 1990 yaitu 103/100.000 kelahiran menjadi 88/100.000 kelahiran pada tahun 2001.

MDGs sebagai suatu komitmen global dikategorisasikan sebagai suatu bentuk rezim internasional. Sesuai dengan penjelasan Stephen Krasner bahwa rezim internasional memiliki norma, prosedur dalam pengambilan keputusan baik secara implisit maupun eksplisit diantara ekspektasi aktor-aktor yang saling bertemu dalam suatu lingkup area di hubungan internasional (Stephen Krasner, 1990). MDGs dikatakan sebagai bentuk rezim internasional karena terdapat norma, perilaku dan prosedur dalam pengambilan keputusan yang sesuai dengan ekspektasi negara-negara anggota PBB untuk dapat meningkatkan kesejahteraan dunia di tahun 2015. MDGs sebagai rezim internasional dalam pembangunan kesejahteraan dunia menurunkan norma, perilaku dan prosedur tersebut melalui

tujuan, indikator dan sasaran yang telah disepakati oleh negara-negara dalam KTT Millennium pada tahun 2000. Guna mencapai sasaran MDGs, setiap tahunnya suatu negara harus membuat laporan tahunan yang dimonitor status pencapaiannya oleh badan PBB.

Dalam proses pencapaian MDGs terdapat berbagai tantangan yang harus dilewati. Dapat dikatakan bahwa tantangan yang dihadapi dalam implementasi MDGs di suatu negara bersifat *multi sector*, dimana proses implementasi harus melewati dinamika sosial, ekonomi, politik, dan budaya. Di Indonesia, menurut hasil sensus penduduk tahun 2010, penduduk Indonesia saat ini telah mencapai 237,5 juta jiwa yaitu menempati keempat terbesar di dunia. Tingginya jumlah penduduk jelas akan berdampak pada munculnya masalah sosial di Indonesia, salah satunya adalah kesehatan. Menurut Undang-Undang, kesehatan merupakan hak hidup bagi setiap orang, selain itu kesehatan juga merupakan prioritas dari pembangunan di Indonesia.¹⁵⁶ Namun, dalam upaya pembangunan kesehatan di Indonesia banyak menghadapi tantangan, salah satunya tantangan terbesar pada sektor kesehatan di Indonesia saat ini adalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Setiap tahun sekitar 20.000 perempuan di Indonesia meninggal akibat komplikasi dalam persalinan. Melahirkan seyogyanya menjadi peristiwa bahagia tetapi seringkali berubah menjadi tragedi. Sebenarnya, hampir semua kematian tersebut dapat dicegah. Oleh karena itu, melalui pencapaian MDGs khususnya pada tujuan kelima MDGs yaitu peningkatan kesehatan ibu diarahkan agar masalah-masalah yang memicu dan mengakibatkan kematian ibu dapat ditanggulangi untuk dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia sesuai dengan tujuan kelima tersebut.

MDGs tujuan 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu. Pada target 5A yaitu menurunkan angka kematian ibu hingga tiga perempat dalam kurun waktu 1990 – 2015 yang memiliki dua indikator yaitu: (5.1) Angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, dan (5.2) Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih (%). Berdasarkan Laporan Pencapaian Pembangunan Milenium Indonesia tahun 2010, pada target 5A (5.1) angka kematian ibu telah menurun dari 390

¹⁵⁶ Lihat Bab III pada sub-bab Kesehatan Sebagai Prioritas Pembangunan Nasional.

(1991) menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007).¹⁵⁷ Namun, angka tersebut masih sangat jauh dari target MDGs tujuan 5A 2015 yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup – sehingga status MDGs tujuan 5A adalah “*diperlukan kerja keras untuk tercapai*”. Berdasarkan laporan tahun 2010 tersebut, pada target 5A (5.2) proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih juga telah mengalami kemajuan dari tahun 1992 sebesar 40,70% menjadi 77,34% (Susenas, 2009). Walaupun pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih cukup tinggi, beberapa faktor seperti risiko tinggi pada saat kehamilan dan aborsi perlu mendapat perhatian.

Status dan kondisi pencapaian MDGs tujuan 5 tersebut diatas menunjukkan tingginya urgensi percepatan pencapaian MDGs di Indonesia. Namun, pada proses implementasi MDGs tujuan 5A di Indonesia banyak menghadapi berbagai tantangan. Secara umum, terdapat tiga tantangan yang dihadapi yaitu tantangan terkait bidang demografi, kesehatan dan kelembagaan atau institusional.

Pada bidang demografi, penelitian ini mendapatkan sembilan tantangan yang dihadapi, secara singkat tantangan bidang demografi adalah pada tingginya jumlah penduduk yang diakibatkan dari tingginya TFR (*Total Fertility Rate*), dimana hal ini merupakan faktor dominan dalam mempengaruhi laju pertumbuhan dan jumlah penduduk. Kemudian, tingginya TFR tersebut tidak seimbang dengan angka pemakaian alat kontrasepsi atau KB di Indonesia. Lebih lanjut lagi, kecilnya angka pemakaian KB diakibatkan dari kurangnya pelayanan KB tersebut khususnya di daerah yang meliputi lemahnya kesadaran masyarakat, informasi mengenai KB, pendidikan kesehatan, tenaga pemasang KB, dan kebijakan atau regulasi lintas lembaga yang mendukung program KB di Indonesia.

Pada bidang kesehatan, penelitian ini mendapatkan delapan tantangan yang dihadapi, secara singkat tantangan bidang kesehatan adalah pada rendahnya status kesehatan ibu yang masih rendah yang juga diikuti oleh rendahnya kualitas dan pelayanan kesehatan. Mengenai pelayanan kesehatan di Indonesia terdapat beberapa tantangan turunan yaitu ketersediaan tenaga kesehatan yang belum tersebar, ketersediaan dan pengawasan obat dan makanan, biaya kesehatan yang

¹⁵⁷ BAPPENAS, *Op. Cit.*, hal. 36.

masih tinggi, pemberdayaan masyarakat yang belum optimal, manajemen pembangunan kesehatan yang belum efektif, dan terbatasnya akses kesehatan masyarakat khususnya di daerah.

Pada tantangan bidang terakhir yaitu kelembagaan atau institusional. Secara singkat dapat dijelaskan bahwa dalam proses implementasi MDGs tujuan 5A di Indonesia diperlukan suatu atmosfer yang mendukung pencapaian komitmen global tersebut. Dalam proses ini diperlukan suatu modal sosial seperti kepercayaan, partisipasi, dan timbal balik. konsep modal sosial ini menjadi penting untuk dibahas karena dalam konteks pembangunan ada keharusan untuk memasukkan dimensi kultural dalam berbagai rintangan sosial. Di Indonesia, menurut Hasbullah, kebijakan untuk menghidupkan modal sosial jarang disentuh dalam proses pembangunan di Indonesia.¹⁵⁸ Terkait dengan bidang institusional yang menjadi tantangan utama adalah rendahnya kapasitas sumberdaya manusia, dan rendahnya kemampuan lembaga pemerintah dan masyarakat.

Dalam hal ini, untuk dapat mendukung implementasi MDGs diperlukan kerjasama antar *stakeholder* di dalam masyarakat. Sangat disadari bahwa dalam mengimplementasikan suatu kebijakan publik tidak dapat dilakukan sendiri oleh pemerintah saja. Namun, partisipasi dari aktor lain seperti dunia bisnis, LSM, akademisi merupakan kunci keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik. Perlu dilakukan suatu strategi kemitraan komprehensif dengan melakukan kerjasama kemitraan strategis dalam peningkatan kualitas kesejahteraan rakyat di Indonesia. Kerjasama ini perlu dilakukan secara lintas sektoral baik pada tataran nasional maupun lintas jenjang pemerintahan terkait dengan otonomi daerah serta *stakeholders* lain yang memiliki kompetensi dan kapasitas dalam upaya peningkatan kualitas kesejahteraan rakyat. Keterlibatan *multistakeholders* merupakan kunci dari upaya pembangunan kesejahteraan rakyat Indonesia.¹⁵⁹ Pada dasarnya kemitraan strategis dapat dilakukan secara multisektoral secara *Triple Helix* yaitu melalui *Academician, Business, and Government (ABG)*,¹⁶⁰ yang semuanya itu merupakan *stakeholders* di masyarakat.

¹⁵⁸ Hasbullah, J., *Loc. Cit.*

¹⁵⁹ *Ibid.*, hal. 4.

¹⁶⁰ Lihat pada bab I pada kerangka konsep: *Triple Helix*.

Untuk menjawab pertanyaan penelitian yaitu “*Mengapa MDGs Tujuan 5A Sebagai Suatu Komitmen Global Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Dunia Gagal Tercapai di Indonesia Pada Tahun 2007 – 2010?*”. Peneliti menggunakan konsep modal sosial sebagai dasar mekanisme implementasi MDGs sebagai rezim internasional. Seperti yang sudah dijelaskan diatas bahwa dalam proses implementasi kebijakan publik dibutuhkan suatu modal sosial yang terbangun diantara masyarakat, dimana kepercayaan, partisipasi, dan timbal balik menjadi unit analisis dari penelitian. Lebih lanjut, peneliti menggunakan konsep *Triple Helix* sebagai aplikasi mobilisasi modal sosial, dimana pemerintah, dunia bisnis, dan akademisi menjadi aktor dalam analisis implementasi MDGs tujuan 5A di Indonesia. Melalui analisis tersebut peneliti menggambarkan dan menjelaskan pola interelasi modal sosial antar ketiga aktor yaitu *bonding* (mengikat) atau *bridging* (menjembatani).

Hasil dari analisis modal sosial dan interelasi modal sosial pada aktor *Triple Helix* didapatkan melalui analisis tiga aktor secara dua arah. Pola interelasi antara pemerintah dengan dunia bisnis adalah *bonding* kuat dan *bridging* kuat, dimana pemerintah memiliki kepercayaan yang kuat kepada dunia bisnis dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Pemerintah juga telah berpartisipasi dalam upaya tersebut yang bekerjasama dengan dunia bisnis, sehingga memiliki partisipasi yang kuat. Terakhir, terdapat timbal balik yang kuat antara pemerintah dengan dunia bisnis yang berasal dari hubungan partisipasi aktif kedua aktor tersebut.

Pola interelasi antara dunia bisnis kepada pemerintah adalah *bonding* kuat dan *bridging* kuat, dimana dunia bisnis juga memiliki kepercayaan yang kuat kepada pemerintah dalam mendukung upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Dunia bisnis telah berpartisipasi dalam upaya tersebut melalui kegiatan CSR, sehingga dunia bisnis memiliki partisipasi yang kuat. Pada timbal balik, didapatkan bahwa terdapat kondisi *mutual benefit* dari kedua aktor pada peran, tugas, dan kewajiban masing-masing aktor dalam mencapai tujuan MDGs bersama. Sehingga terdapat timbal balik yang kuat antara dunia bisnis dengan pemerintah.

Pola interelasi antara dunia bisnis dengan akademisi adalah *bonding* lemah dan *bridging* lemah, dimana kepercayaan antar kedua aktor begitu lemah dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Dunia bisnis juga tidak berpartisipasi dalam bentuk kerjasama penelitian dengan akademisi. Pada timbal balik, terlihat bahwa tidak terdapat timbal balik antara dunia bisnis dengan akademisi.

Pola interelasi antara akademisi kepada dunia bisnis adalah *bonding* lemah dan *bridging* lemah, dimana terlihat bahwa kepercayaan antar kedua aktor begitu lemah dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Akademisi juga tidak dilibatkan dalam bentuk kerjasama dalam program CSR dengan dunia bisnis. Pada timbal balik, terlihat bahwa tidak terdapat timbal balik antara akademisi dengan dunia bisnis.

Pola interelasi antara akademisi dengan pemerintah adalah *bonding* lemah dan *bridging* kuat, dimana kepercayaan antara akademisi dengan pemerintah adalah lemah. Pada partisipasi kedua aktor dapat dikatakan kuat dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Pada timbal balik antar aktor, dapat dikatakan begitu lemah karena tidak terdapat hubungan timbal balik antar aktor secara signifikan atau langsung.

Pola interelasi antara Pemerintah dengan akademisi adalah *bonding* kuat dan *bridging* lemah, dimana terlihat bahwa kepercayaan antar kedua aktor adalah kuat. Pada partisipasi didapatkan begitu lemah dalam melakukan upaya pencapaian MDGs tujuan 5A di Indonesia. Pada timbal balik, terlihat bahwa tidak terdapat timbal balik antara Pemerintah dengan akademisi secara signifikan atau langsung.

Berdasarkan hasil analisis pada Bab III maka dapat diperoleh kesimpulan mengapa MDG Tujuan 5A Sebagai Suatu Komitmen Global (Rezim Internasional) Gagal Tercapai di Indonesia Pada Tahun 2007 – 2010. Kesimpulan tersebut antara lain:

Kelemahan yang selama ini terjadi dalam pencapaian MDGs 5A di Indonesia adalah belum selarasnya interaksi kepentingan antar aktor *Triple Helix*, sehingga sulit untuk membangun modal sosial. Perbedaan pemahaman dari ketiga pihak dalam konsep *triple helix* jelas tampak terjadi dan berdampak negatif

terhadap upaya-upaya pencapaian MDGs tujuan 5A, karena kepentingan masing-masing pihak untuk mencapai tujuannya masih terasa kental.

Interaksi aktor *triple helix* menjadi gambaran lemahnya modal sosial yang terjadi di Indonesia dalam upaya pencapaian MDGs tujuan 5A. Kepercayaan, hubungan timbal balik, serta pelibatan partisipasi aktif pihak diluar pemerintah menjadi faktor yang sangat penting untuk membangun modal sosial tersebut. Hasil ini sejalan dengan pernyataan berbagai akademisi mengenai sulitnya MDGs tercapai di negara-negara berkembang.

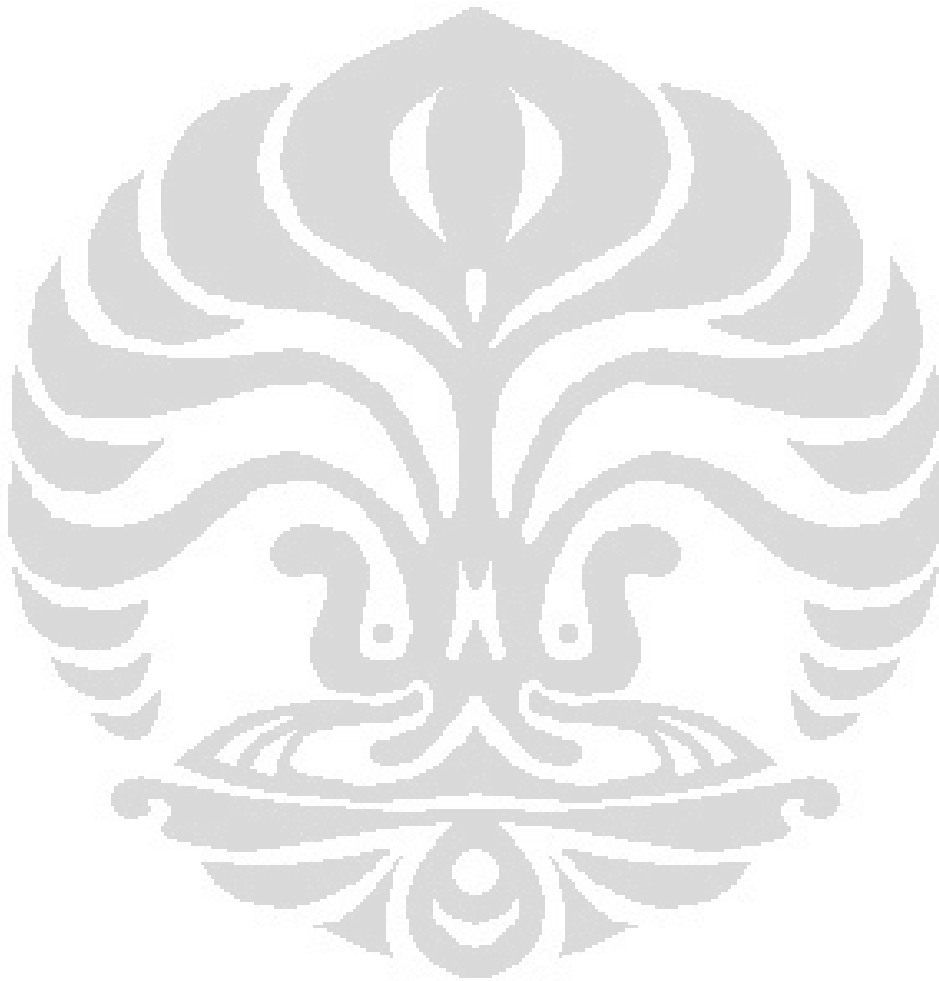
Dapat disimpulkan bahwa suatu rezim internasional tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya jika hanya dilakukan dengan melibatkan unsur pemerintah dari negara-negara peserta rezim tersebut. Perlu adanya keterlibatan partisipasi publik di negara-negara peserta secara luas.

IV.2 Saran

Terkait dengan implementasi MDGs tujuan 5A di Indonesia, maka dibutuhkan suatu sinergitas antara pemerintah sebagai regulator, dunia bisnis sebagai implementer, dan akademisi sebagai konseptor, dan aktor lain dalam masyarakat. Hubungan antara ketiga aktor *Triple Helix* tersebut membutuhkan suatu landasan modal sosial yaitu kepercayaan, partisipasi, dan timbal balik antar ketiga aktor tersebut. Sehingga melalui adanya modal sosial tersebut pada aktor *Triple Helix* dalam upaya percepatan pencapaian MDGs tujuan 5A, maka dapat dikatakan akan mempercepat pencapaian MDGs di Indonesia.

Pada proses analisis penelitian, peneliti mendapatkan informasi baru berupa konsep sinergitas *stakeholder* di masyarakat dalam proses pembangunan dengan cakupan aktor yang lebih luas yaitu Quadro Helix. Konsep ini juga dikembangkan oleh Henry Etzkowits yang secara landasan memang sama dengan *Triple Helix*, namun konsep Quadro Helix ini secara terbuka memposisikan masyarakat umum (seperti LSM dan media) untuk berperan pada sebagai aktor keempat. Jika pada *Triple Helix* dapat terlihat bahwa masyarakat merupakan lingkaran utama dari pada proses pembangunan yang dilakukan oleh aktor *Triple Helix*. Pada konsep *Quadro Helix*, dikembangkan menjadi suatu peran serta masyarakat dalam proses

pembangunan. Peneliti berharap bahwa konsep ini dapat digunakan pada penelitian yang akan datang untuk menganalisis upaya pembangunan Indonesia, sehingga dapat menemukan temuan-temuan tantangan atau hambatan pada upaya pembangunan Indonesia. Hal ini diharapkan dapat menjadi langkah komprehensif dalam meningkatkan kebijakan dan strategi Indonesia dalam proses pembangunan.



DAFTAR PUSTAKA

Buku:

- BAPPENAS, *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millennium di Indonesia*, (Jakarta: BAPPENAS, 2010).
- Rachmat Sentika dan Adi Satria, *Sinergi Triple Helix Bagi Kesejahteraan Rakyat*, (Jakarta: KEMENKOKESRA, 2011).
- James D. and Robert, P. J., *Contending Theories of International Relation*, (New York: Harper Collins, 1990).
- Steven Krasner, *International Regimes*, (Ithaca: Cornell University Press, 1983).
- Martin Griffiths, Terry O' Callaghan, dan Steven C. Roach, *International Relations: The Key Concept*, (New York: Routledge, 2002).
- Dougherty, J. E., and Pfaltzgraff Jr, R. L., *Contending Theories of International Relation*, (New York: Harper Collins, 1990).
- Francis Fukuyama, *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*, (New York: Free Press, 1995).
- Hasbullah, J., *Sosial Kapital: Menuju Keunggulan Budaya Manusia Indonesia*, (Jakarta: MR-United Press, 2006), hal. 9-16.
- Jousairi Hasbullah, *Social Capital (Menuju Keunggulan Budaya Manusia Indonesia)*, (Jakarta: MR-United Press, 2006).
- Rachbini dan Didik J., *Ekonomi Politik (Ekonomi Kelembagaan Baru)*, (Jakarta: Bahan Ajar MPKP FEUI, 2008).
- Green, Paul G., dan Anna Haines, *Asset Building and Community Development*, (California: Sage Publication, 2002).
- Koentjaraningrat, *Manusia dan Kebudayaan di Indonesia*, (Jakarta: Penerbit Djambatan, 2007).
- Mawardi, *Peranan Social Capital dalam Pemberdayaan Masyarakat*, (Komunitas Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam, Volume 3, No. 2, 2007).
- Kirsti Mijnhijmer, *Northern Periphery Programme 2007 – 2013, Core Concepts & Partnership Constellation* (Copenhagen, 2012).

- CCPHI, Improving the quality of Maternal and Child Health Services in Indonesia: *The Partnership of PT Johnson & Johnson Indonesia and the Indonesian Midwives Association (IBI)*, (Jakarta: Public Health Institute, 2011).
- CCPHI, Ensuring Sustainable Reproductive Health Services through Community Participation: *The Partnership of Pertamina and the Indonesian Planned Parenthood Association (IPPA)*, (Jakarta: Public Health Institute, 2011).
- CCPHI, Revitalizing Posyandus in Indonesia to improve maternal and child health: *The Partnership of Kraft Foods and Save the Children*, (Jakarta: Public Health Institute, 2011).
- Pengantar Buku Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Negara 2010 – 2014.
- Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat NTB dan NTT pada Tahun 2007 (Jakarta, 2009).
- Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, Survey Rumah Tangga Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan Di Tingkat Masyarakat NTB dan NTT pada Tahun 2007 (Jakarta, 2009).
- Rony Kountur, *Metode Penelitian untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*, (Jakarta: PM, 2003).
- W. Lawrence Neuman, *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approach 4th Edition*, (USA: Allyn & Bacon, A Viacom Company, 2000).
- Bambang Prasetyo dan Lina Miftahul Jannah, *Metode Penelitian Kuantitatif: Teori dan Aplikasi*, (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2005).
- Erwan Agus Purwanto dan Dyah Ratih Sulistyawati, *Metode Penelitian Kuantitatif*, (Yogyakarta: Gave Media, 2007).

Bab dalam Buku:

- Rachmat Sentika, *Millenium of Development Goals*, (Jakarta: PB IDI, 2011).
- KEMENKOKESRA, *Human Development Index*, (Jakarta: UNDP, 2011).
- Peter Stalker, *Millennium Development Goals*, (Jakarta: BAPPENAS, 2008).
- Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI), 2007.
- Republik Indonesia, *Laporan RPJM 2005 – 2009*.

Etzkowitz H., Zhou C., Dzisah J., dan M. Ranga, “*The Triple Helix Model of Innovation*” in *Tech Monitor* (Jan –Feb 2007).

Republik Indonesia, UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 20 Ayat 2.

Republik Indonesia, UU No. 18 Tahun 2002, Pasal 7.

Artikel Website:

The Millennium Development Goals (MDGs) and Disability, Diakses dari <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1470> (16/02/2012), pada pukul 17.35 WIB.

UN Millenium Project, diakses dari <http://www.unmilleniumproject.org> (16/02/2012), pada pukul 17.48 WIB.

It's Over: The Tragedy of the Millennium Development Goals, diakses dari http://www.huffingtonpost.com/william-easterly/its-over-the-tragedy-of-t_b_226120.html (14/2/2012), pada pukul 13.37 WIB.

Tingkatkan Kesehatan Warga, Anggaran Kesehatan dinaikkan, diakses dari <http://krjogja.com/read/109457/www.computa.co.id/computashop/> (8/5/2012) pada pukul 18.27 WIB.

Financing Health, diakses dari <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRChap7.pdf>, hal. 228, (8/5/2012) pada pukul 18.30 WIB.

Straegi Nasional Pengendalian TB 2010 – 2014 , diakses dari http://www.pppl.depkes.go.id/asset/_regulasi/STRANAS_TB.pdf (8/5/2012) pada pukul 18.48 WIB.

10 Indikator PHBS, Diakses dari <http://www.puskel.com/10-indikator-phbs-tatanan-rumah-tangga/> (8/5/2012) pada pukul 19.00 WIB.

Mempercepat Pencapaian PHBS di Masyarakat, <http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=478&pg=6> (8/5/2012) pada pukul 19.05 WIB.

Riskesdas, <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/2010/> (9/5/2012) pada pukul 12.22 WIB.

Data dan Informasi Kesehatan, diakses dari

<http://www.depkes.go.id/downloads/Booklet/Data%20&%20Informasi%20untuk%20Pimpinan.pdf> (9/5/2012) pada pukul 12.30 WIB.

Republik Indonesia, Visi Pembangunan Nasional Tahun 2005 – 2025, diakses dari

<http://pse.litbang.deptan.go.id/ind/pdf/SUP7-1.pdf> (3/05/2012), pada 10.00 WIB.

Jamkesmas, [http://jdih.bpk.go.id/wp-content/uploads/2012/02/Tulisan-hukum-](http://jdih.bpk.go.id/wp-content/uploads/2012/02/Tulisan-hukum-Jamkesmas1.pdf)

[Jamkesmas1.pdf](http://jdih.bpk.go.id/wp-content/uploads/2012/02/Tulisan-hukum-Jamkesmas1.pdf) (3/05/2012), pada 10.30 WIB.

Peran KUKPRI MDGs, diakses dari

<http://mdgsindonesia.org/index.php/text/176/Tentang%20KUKPRI-MDGs> (29/05/2012), pada pukul 11.42 WIB.

Program KUKPRI MDGs, diakses dari

<http://mdgsindonesia.org/index.php/text/150/Program> (3/06/2012), pada pukul 14.43 WIB.

Tugas dan Fungsi, diakses dari <http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/tupoksi>

(30/05/2012), pada pukul 11.42 WIB.

CSR, diakses dari <http://csrindonesia.com/> (18/05/2012), pada pukul 6.11 WIB.

PKBI, diakses dari <http://pkbi.or.id/> (31/05/2012), pada pukul 8.00 WIB.

Sejarah, diakses dari

http://www.fik.ui.ac.id/index.php?m=page&s=detail&id_page=4 (03/06/2012), pada pukul 19.30 WIB.

Pemetaan MDGs, diakses dari

http://mdgsindonesia.org/index.php/mapping_swasta.html (30/5/2012), pada pukul 11.20 WIB.

Penandatanganan Kemenkes, diakses dari [http://www.id.novartis.com/indo/news-](http://www.id.novartis.com/indo/news-detail-iSehati-Agree.html)

[detail-iSehati-Agree.html](http://www.id.novartis.com/indo/news-detail-iSehati-Agree.html) (04/06/2012), pada pukul 8.44 WIB.

Sejarah Posyandu, diakses dari [http://posyandu.org/posyandu/158-tujuan-sejarah-](http://posyandu.org/posyandu/158-tujuan-sejarah-dan-dasar-hukum-posyandu.html)

[dan-dasar-hukum-posyandu.html](http://posyandu.org/posyandu/158-tujuan-sejarah-dan-dasar-hukum-posyandu.html) (29/05/2012), pada pukul 20.09 WIB.

MDGs, <http://www.undp.or.id/mdg/> (25/06/2012), pada pukul 9.30 WIB.

LAMPIRAN

Tingginya Angka Kematian Ibu di Indonesia

Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (BAPPENAS) menyatakan bahwa tantangan terbesar dalam menghadapi sektor kesehatan di Indonesia saat ini adalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Setiap tahun sekitar 20.000 perempuan di Indonesia meninggal akibat komplikasi dalam persalinan. Melahirkan seharusnya merupakan suatu peristiwa yang bahagia tetapi seringkali berubah menjadi tragedi. Sebenarnya, hampir semua kematian tersebut dapat dicegah. Karena itu MDG tujuan 5 difokuskan pada kesehatan ibu, untuk mengurangi “kematian ibu”.

Kematian dan kesakitan ibu hamil, bersalin, dan nifas masih merupakan masalah besar negara berkembang termasuk Indonesia. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian perempuan usia subur disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas. Badan kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) memperkirakan di seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 529.000 meninggal saat hamil atau bersalin.

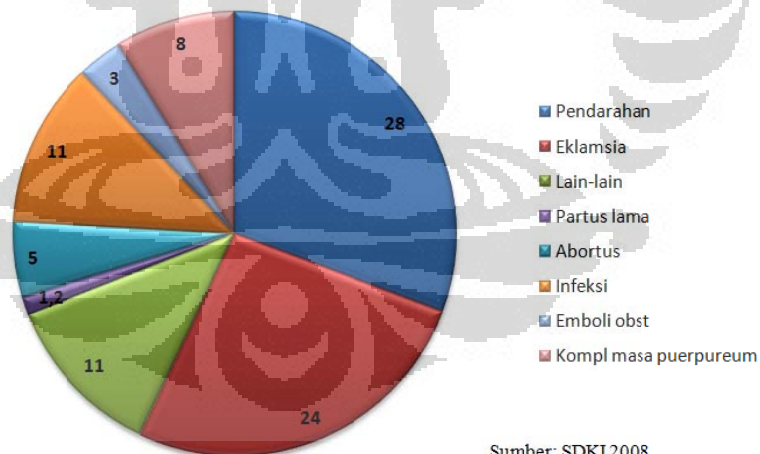
Di Indonesia, AKI telah turun dari 390 (1991) menjadi sekitar 228 per 100.000 kelahiran (SDKI, 2007). BPS memproyeksikan bahwa pencapaian AKI baru mencapai angka 163 kematian ibu melahirkan per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, sedangkan target MDGs pada tahun 2015 tersebut adalah 102. Untuk dapat mencapai target MDGs, diperlukan terobosan dan upaya keras dari seluruh pihak, baik pemerintah, sektor dunia bisnis, maupun masyarakat. Resiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan resiko 1 dari 1.100 di Thailand yang berarti rata-rata angka kematian ibunya adalah 24 per 100.000 kelahiran.

Penyebab Kematian Ibu

1. Penyebab Langsung

Penyebab langsung terkait erat dengan kondisi kesehatan sejak proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Menurut Kementerian Kesehatan melalui SDKI 2008, pada tahun 2010 penyebab langsung kematian ibu adalah pendarahan 28%, eklamsia 24%, infeksi 11%, partus lama 5%, dan lain-lain. Pada Grafik, pendarahan dan eklamsia secara total menyebabkan 52% kematian ibu saat melahirkan. Sebenarnya, kedua kondisi medis tersebut dapat dicegah apabila ketika proses persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih di Rumah Sakit atau Unit Kesehatan yang memiliki perlengkapan medis dan persediaan obat-obatan yang memadai. Para ibu yang meninggal tidak hanya disebabkan karena menderita pendarahan dan eklamsia, namun juga dikarenakan mereka tidak mendapatkan akses kesehatan yang memadai seperti pengetahuan mengenai kesehatan, obat-obatan, hingga layanan gawat darurat.

Penyebab Kematian Ibu Tahun 2010 (%)



2. Penyebab Tidak Langsung

Penyebab tidak langsung kematian ibu lebih terkait dengan keadaan sosial, ekonomi, geografis, dan perilaku budaya masyarakat. Penyebab tidak langsung dikategorisasikan dengan istilah “3 Terlambat dan 4 Terlalu”, yang terkait dengan

faktor akses, sosial budaya, pendidikan, dan ekonomi. Kasus 3 Terlambat meliputi:

- Terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan
- Terlambat dirujuk
- Terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan

Berdasarkan Riskesdas 2010, masih cukup banyak ibu hamil dengan faktor resiko 4 Terlalu, yaitu:

- Terlalu tua hamil (hamil di atas usia 35 tahun) sebanyak 27%
- Terlalu muda untuk hamil (hamil di bawah usia 20 tahun) sebanyak 2,6%
- Terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4) sebanyak 11,8%
- Terlalu dekat (jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun)

Hasil Riskesdas juga menunjukkan bahwa cakupan program kesehatan ibu dan reproduksi umumnya rendah pada ibu-ibu di pedesaan dengan tingkat pendidikan dan ekonomi rendah. Secara umum, posisi perempuan juga masih relatif kurang menguntungkan sebagai pengambil keputusan dalam mencari pertolongan untuk dirinya sendiri dan anaknya. Ada budaya dan kepercayaan di daerah tertentu yang tidak mendukung kesehatan ibu dan anak. Rendahnya tingkat pendidikan dan ekonomi keluarga berpengaruh terhadap masih banyaknya kasus “3 Terlambat dan 4 Terlalu”, yang pada akhirnya terkait dengan kematian ibu dan bayi.

Secara umum, kematian ibu biasanya akibat dari kondisi darurat. Sebagian besar kelahiran berlangsung normal, namun bisa saja tidak, seperti akibat pendarahan dan kelahiran yang sulit. Masalahnya, persalinan merupakan peristiwa (kesehatan) besar, sehingga komplikasinya dapat menimbulkan konsekuensi sangat serius.

Sejumlah komplikasi sewaktu melahirkan bisa dicegah, misalnya komplikasi akibat aborsi yang tidak aman. Komplikasi seperti ini menyumbang

6% dari angka kematian. Sebagian persen lainnya sebenarnya dapat dicegah jika saja perempuan memiliki akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai. Potensi lain yang dapat dicegah adalah pada proses persalinan, apabila proses tersebut dibantu oleh tenaga ahli kesehatan sehingga mendapatkan perawatan yang tepat sewaktu persalinan – akan secara signifikan menurunkan angka kematian ibu. Sekitar 60% persalinan di Indonesia berlangsung di rumah. Dalam kasus seperti ini, para ibu memerlukan bantuan seorang ”tenaga persalinan terlatih”. Untungnya banyak perempuan yang mendapatkan bantuan tersebut. Pada tahun 2007 proporsi persalinan yang dibantu oleh tenaga persalinan terlatih, baik staf rumah sakit, pusat kesehatan ataupun bidan desa, telah mencapai 73%.

Seperti yang telah dijelaskan diatas salah satu masalah yang sangat penting terkait kesehatan ibu di Indonesia adalah kematian pada saat proses persalinan, sehingga dibutuhkan seorang tenaga ahli persalinan dalam proses tersebut. Masalah proses persalinan yang tidak dibantu oleh tenaga ahli sering dijumpai pada tingkat masyarakat yang miskin khususnya di daerah pedesaan yang tersebar luas di Indonesia. Oleh karena itu, diperlukan adanya penyebaran tenaga ahli persalinan atau bidan di daerah pedesaan atau daerah kantong kemiskinan Indonesia. Penyebaran bidan di desa sebenarnya telah dilakukan oleh pemerintah pusat dimana telah dilatih banyak bidan, dan mengirim mereka ke seluruh penjuru Indonesia. Namun, sepertinya, pemerintah daerah tidak menganggap hal tersebut sebagai prioritas, dan tidak memperkerjakan para bidan setelah berakhirnya kontrak mereka dengan Kementerian Kesehatan. Selain itu, ada masalah terkait kualitas. Para bidan desa mungkin tidak mendapatkan pelatihan yang cukup atau mungkin kekurangan peralatan. Jika mereka bekerja di komunitas-komunitas kecil, mereka mungkin tidak menghadapi banyak persalinan, sehingga tidak mendapat pengalaman yang cukup. Namun salah satu dari masalah utamanya adalah jika disuruh memilih, banyak keluarga yang memilih tenaga persalinan tradisional.

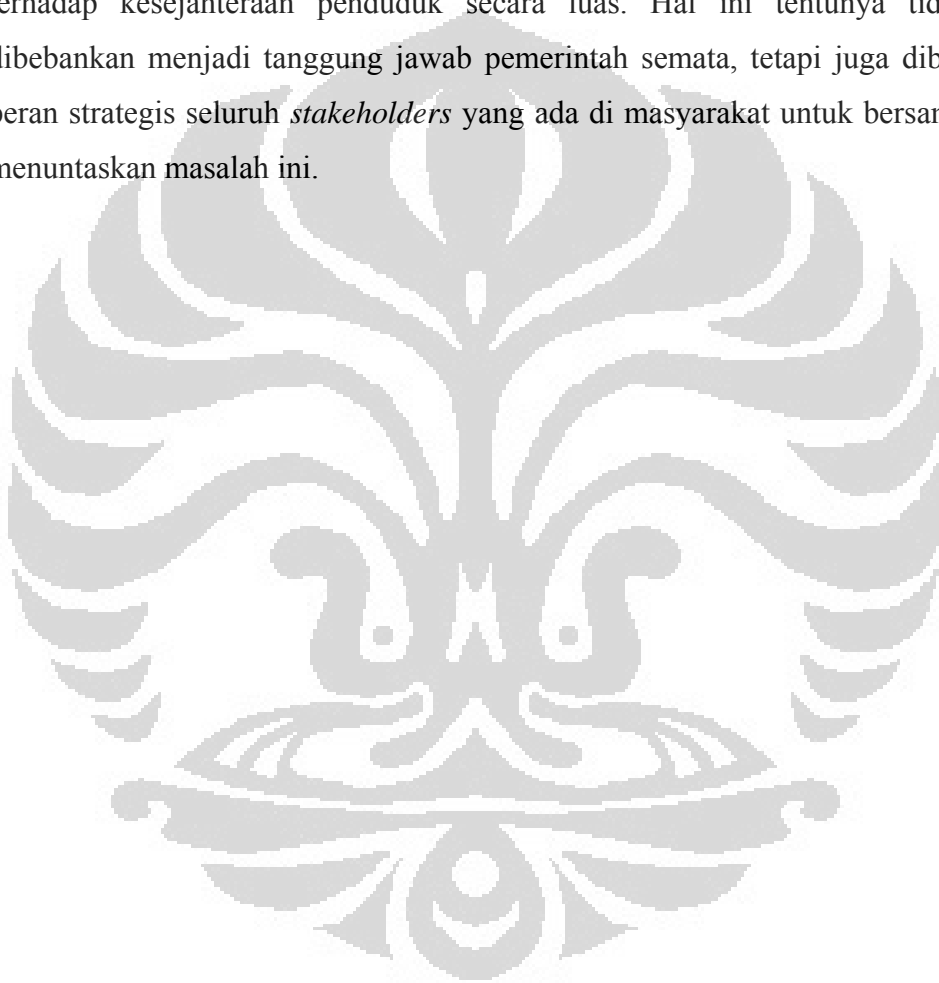
Kecenderungan masyarakat desa lebih memilih persalinan dengan tenaga tradisional adalah karena biaya yang lebih murah, dan keluarga juga lebih nyaman dengan seseorang yang mereka kenal dan percaya. Mereka yakin bahwa tenaga persalinan tradisional akan lebih mudah ditemukan dan beranggapan bahwa

mereka bisa lebih memberikan perawatan pribadi. Dalam kasus-kasus persalinan normal, ini mungkin benar. Namun jika ada komplikasi, tenaga persalinan tradisional mungkin tidak akan dapat mengatasinya – karena tidak memiliki teknik dan peralatan yang memadai. Hal ini dapat membahayakan jiwa karena jika tidak secepatnya memperoleh perawatan kebidanan darurat di pusat kesehatan atau rumah sakit. Keterlambatan dapat juga terjadi karena kesulitan dan biaya transportasi, khususnya di daerah-daerah yang lebih terpencil. Masalahnya, komplikasi pada kehamilan dapat terjadi pada semua perempuan tanpa terkecuali – kaya maupun miskin, di perkotaan atau di perdesaan, tidak peduli apakah sehat atau cukup gizi. Hal tersebut berarti bahwa persalinan merupakan suatu proses yang tinggi akan resiko dan memiliki potensi keadaan darurat yang memerlukan bantuan tenaga ahli persalinan atau pusat kesehatan untuk penanganan cepat. Pengalaman internasional menunjukkan bahwa sekitar separuh dari kematian ibu dapat dicegah oleh bidan terampil, sementara separuhnya lainnya tidak dapat diselamatkan akibat tidak adanya perawatan yang tepat dengan fasilitas medis memadai.

Memang tidak semua persalinan adalah keadaan darurat, namun selalu berpotensi menjadi keadaan darurat. Hal ini berarti bahwa sangat baik jika pada saat persalinan terdapat seseorang yang mengetahui dan mengenali adanya tanda-tanda bahaya pada saat proses persalinan. Jika persalinan dilakukan di pusat kesehatan yang ditangani oleh seorang bidan atau dokter maka dapat melakukan tindakan yang diperlukan. Pada tingkat kabupaten di Indonesia, sangat ironis sekali bahwa terdapat kenyataan bahwa di pusat kesehatan atau rumah sakit sekalipun belum tentu terdapat tenaga kesehatan atau persalinan yang memiliki layanan 24 jam.

Apabila kita ingin mewujudkan penurunan angka kematian ibu, perlu adanya perbaikan perawatan di pusat kesehatan – khususnya daerah. Lebih dari itu, kita juga perlu memikirkan mengenai kondisi kesehatan pada masa kehamilan ibu, sehingga dapat memastikan bahwa berada dalam kondisi terbaik, dengan gizi yang cukup. Saat ini, sekitar seperlima perempuan hamil kekurangan gizi dan separuhnya menderita anemia.

Secara umum bila dianalisa, hal yang patut menjadi perhatian penting saat ini adalah masih tingginya angka kematian ibu terutama dalam hal disparitas antar wilayah dimana daerah-daerah tertinggal dan kawasan timur Indonesia masih memiliki angka kematian ibu yang tinggi. Kualitas kesehatan ibu menjadi penting dalam hal kependudukan karena ibu menjadi figure sentral dalam menjaga kualitas kesejahteraan keluarga. Dari uraian tersebut diatas tampak betapa signifikannya dampak dari rendahnya kualitas kesejahteraan perempuan anak terhadap kesejahteraan penduduk secara luas. Hal ini tentunya tidak bisa dibebankan menjadi tanggung jawab pemerintah semata, tetapi juga dibutuhkan peran strategis seluruh *stakeholders* yang ada di masyarakat untuk bersama-sama menuntaskan masalah ini.



Laporan Pencapaian MDG Tujuan 5A di Indonesia Tahun 2008 – 2010

Tujuan, Indikator, dan Sasaran MDG Tujuan 5A

MDG tujuan 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu. Pada target 5A yaitu menurunkan angka kematian ibu hingga tiga perempat dalam kurun waktu 1990 – 2015 yang memiliki dua indikator yaitu: (5.1) Angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, dan (5.2) Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih (%). Dengan ditekankannya kesejahteraan ibu dan anak sebagai pokok permasalahan pembangunan dunia, telah menempatkan perempuan pada posisi tawar yang penting didalam masyarakat. Tetapi akibat komplikasi kehamilan atau persalinan yang belum sepenuhnya dapat ditangani, masih terdapat 20.000 ibu yang meninggal setiap tahunnya. Dengan kondisi ini, pencapaian target MDGs untuk AKI akan sulit dicapai.

Tujuan, Indikator dan Sasaran MDG Tujuan 5A

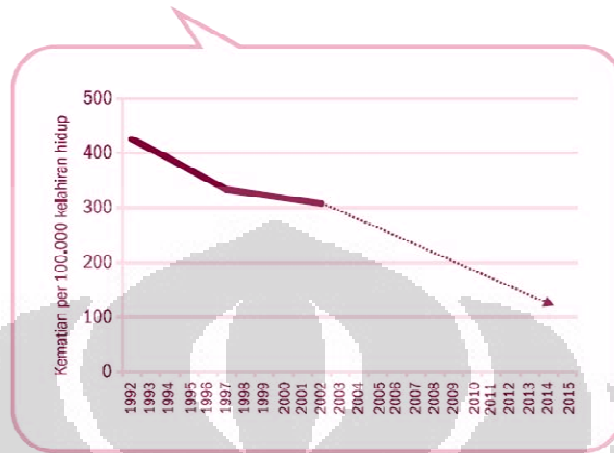
Tujuan 5A:					
Menurunkan Angka Kematian Ibu Hingga Tiga Perempat Dalam Kurun Waktu 1990 – 2015					
	Indikator	Acuan Dasar	Saat ini	Target Nasional (2014)	Target MDGs (2015)
5.1	Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	390 (SDKI, 1991)	228 (SDKI, 2007)	118	102
5.2	Proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (%)	40,70 (Susenas, 1992)	77,34 (Susenas, 2009)	90 (RPJM 2010 – 2014)	-

Laporan Pencapaian MDG Tujuan 5A Pada Tahun 2008 – 2010

Angka kematian ibu di Indonesia di tahun 2008 telah mengalami penurunan seperti yang terbaca dalam Gambar 2.1. yang menunjukkan bahwa tingkat kematian ibu telah turun dari 390 menjadi sekitar 228 per 100.000 kelahiran (SDKI, 2007). Pada tahun 2009, pemerintah tidak mengeluarkan laporan pencapaian MDGs. Namun, pada tahun ini perhitungan AKI juga masih menggunakan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran dari sebelumnya 307 per 100.000

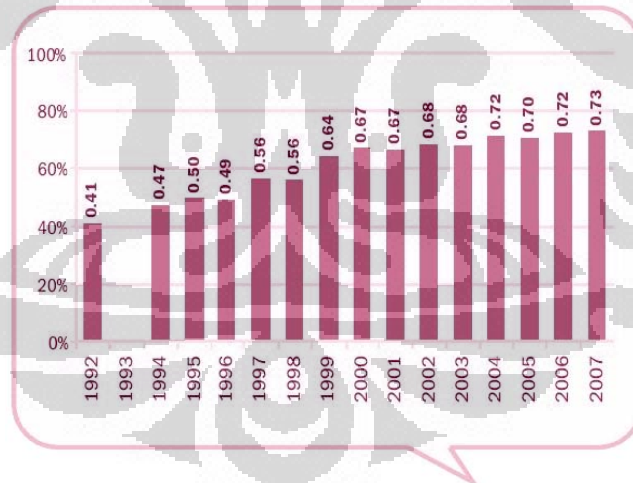
kelahiran hidup pada tahun 2002 – 2003, dan pada tahun 1994 yang mencapai 390 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2008



Sumber: BAPPENAS, *Millennium Development Goals*, 2008

Proporsi Persalinan yang dibantu Tenaga Terlatih



Sumber: Sumber: BAPPENAS, *Millennium Development Goals*, 2008.

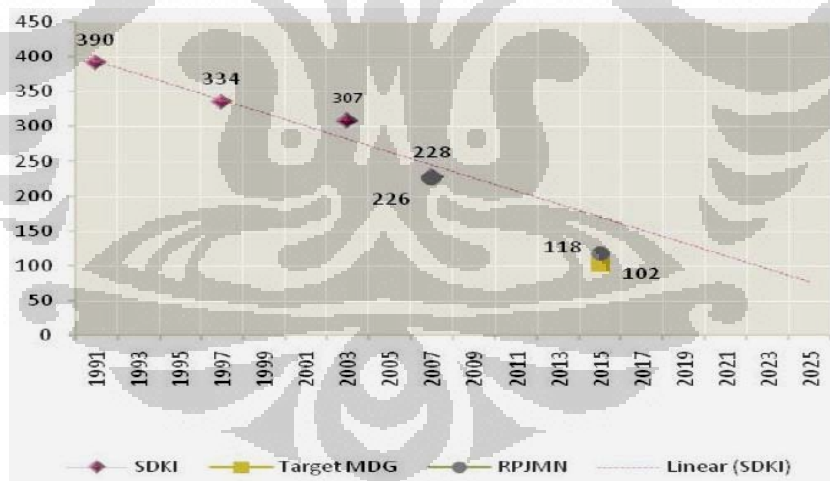
Berdasarkan Laporan Pencapaian Pembangunan Milenium Indonesia tahun 2010, pada target 5A (5.1) angka kematian ibu telah menurun dari 390 (1991) menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007) (Gambar 2.3.). WHO memperkirakan bahwa 15-20% ibu hamil baik di negara maju maupun

berkembang akan mengalami risiko tinggi (risti) dan/atau komplikasi. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan AKI adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Pada target 5A (5.2) proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih juga telah mengalami kemajuan dari tahun 1992 sebesar 40,70% (Susenas, 1992) menjadi 77,34% (Susenas, 2009). Angka tersebut terus meningkat menjadi 82,3 persen pada tahun 2010 (Data Sementara Riskesdas, 2010). Walaupun pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih cukup tinggi, beberapa faktor seperti risti pada saat kehamilan dan aborsi perlu mendapat perhatian.

Disparitas pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih antar wilayah masih merupakan masalah. Data Susenas tahun 2009 menunjukkan pencapaian tertinggi sebesar 98,14 persen di DKI Jakarta sedangkan terendah sebesar 42,48 persen di Maluku (Gambar 2.4.).

Tren Nasional dan Proyeksi Angka Kematian Ibu Tahun 1991 – 2015

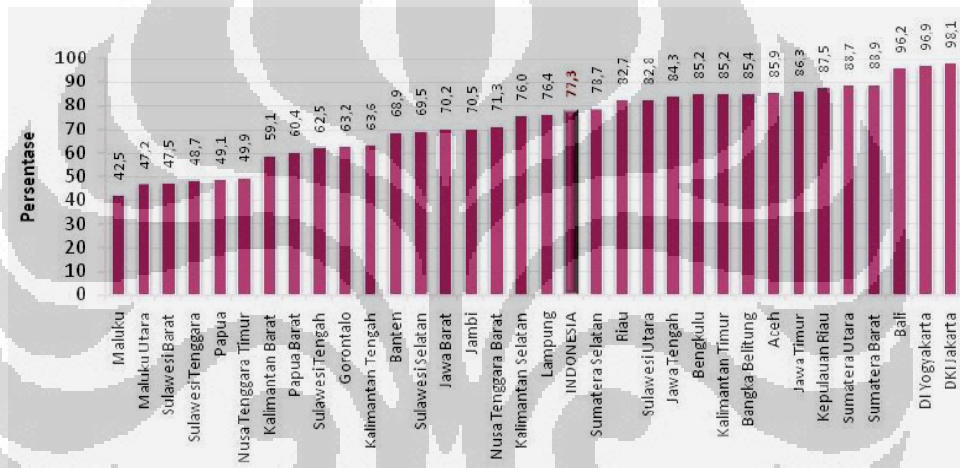


Sumber: BAPPENAS, *Laporan Pencapaian Tujuan Milenium 2010*

Pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan terus meningkat secara bertahap. Pada tahun 2007, pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan mencapai 46,1 persen dari total persalinan (SDKI, 2007). Angka tersebut meningkat menjadi 59,4 persen pada tahun 2010 (Data Sementara Riskesdas, 2010). Namun

demikian, masih terjadi disparitas antarwilayah, antarkota-desa, antartingkat pendidikan dan tingkat ekonomi. Disparitas antarwilayah, tertinggi di Bali sebesar 90,8 persen dan terendah di Sulawesi Tenggara sebesar 8,4 persen. Persentase persalinan di fasilitas kesehatan (pemerintah dan dunia bisnis) lebih tinggi di daerah perkotaan yaitu sebesar 70,3% dibanding di daerah perdesaan yaitu sebesar 28,9%.

Persentase Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih, Menurut Provinsi Pada Tahun 2009



Sumber: BAPPENAS, *Laporan Pencapaian Tujuan Milenium 2010*

Peran Serta Publik Dalam Pembangunan Kesejahteraan Rakyat

Peran serta publik dalam pembangunan kesejahteraan rakyat mengandung makna agar masyarakat lebih berperan dalam proses pembangunan, mengusahakan penyusunan program-program pembangunan melalui mekanisme dari bawah ke atas (*bottom up*), dengan pendekatan memperlakukan manusia sebagai subyek dan bukan obyek pembangunan. Hal ini dipertegas oleh Philip J. Eldridge: *“participation means a shift in decision making power from more powerful to poor, disadvantages and less influential groups”*. Keberdayaan rakyat merupakan kemampuan dan kebebasan untuk membuat pilihan-pilihan, baik yang menyangkut penentuan nasib sendiri maupun perubahan diri sendiri atas dasar kekuatan sendiri sebagai faktor penentu.

Pembagian kekuasaan kepada publik menjamin penanganan variasi tuntutan masyarakat secara lebih cepat. Seperti dikatakan Rondinelli dan Cheema: . . . *central planning was not only complex and difficult to implement, but may also have been inappropriate for promoting equitable growth and self sufficiency among low income groups and communities within developing societies*. Didalam negara yang sedang berkembang perencanaan yang terpusat bukan saja rumit dan sulit untuk dilaksanakan, melainkan juga sudah tidak sesuai dengan kebutuhan, baik untuk meningkatkan pertumbuhan yang seimbang maupun untuk memenuhi kebutuhan yang mandiri di antara masyarakat yang berpenghasilan rendah.

Keith Griffin dalam Rondinelli dan Cheema menyatakan bahwa: *Development cannot easily be centrally planned. Consequently . . . mobilization of local human and material resources has been accompanied by a reduced emphases on national planning and a growing awareness of the need to devise an administrative structure that would permit regional decentralization, local autonomy in making decision of primary concern to the locality and greater local responsibility for designing and implementing development programs. Such changes, evidently, are not just technical and administrative; they are political. They involve a transfer of power from the groups who dominate the centre to those who have control at the local level.* Pembangunan tidak hanya semata

direncanakan secara terpusat tetapi ada tuntutan dari lapangan yang menuntut perubahan tanggung jawab lokal, perubahan tidak hanya administrasi dan teknis tetapi juga politis yang menuntut desentralisasi kewenangan yang membuat kontrol lokal meningkat dan partisipasi publik meningkat.

Dari berbagai penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa dalam hal implementasi suatu kebijakan pembangunan di Indonesia sebagai negara berkembang, peran serta publik merupakan hal yang penting dimana rakyat dapat menentukan sendiri partisipasinya terkait pembangunan melalui suatu desentralisasi kewenangan, sehingga dapat meningkatkan kontrol publik dalam kebijakan pemerintah – dimana dapat mendukung berjalannya tujuan-tujuan dari suatu kebijakan pemerintah.

