

Tantangan Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) Bidang Kesehatan di Indonesia

Budi Utomo*

Abstrak

Laporan pemerintah tentang pencapaian MDGs di Indonesia sampai tahun 2002 merefleksikan komitmen dalam mensejahterakan rakyat. Kesehatan yang dijabarkan dalam berbagai indikator tujuan 4, 5, dan 6 dilaporkan membaik. Tulisan ini menelaah status pencapaian, mencari penjelasan latar belakang pencapaian, dan menilai prospek pencapaian MDGs utamanya bidang kesehatan. Hasil telaah menunjukkan sebagian besar indikator kesehatan membaik, tetapi lambat. Walau menurun, angka kematian ibu dan anak masih tinggi. Penyakit infeksi dan masalah gizi masih prevalen. Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih rendah. Biaya masih menjadi penghambat utama pelayanan kesehatan bagi mereka yang membutuhkan. Program pemberantasan penyakit menular, termasuk HIV/AIDS, malaria, dan TB masih dihadapkan pada banyak hambatan. Prevalensi malaria dan TB masih tinggi, sementara epidemi HIV/AIDS di beberapa daerah sudah mulai masuk kedalam populasi rendah. Gambaran ini menyiratkan prognosis pencapaian MDGs di Indonesia yang kurang menggembirakan. Tantangan utama pencapaian MDGs bidang kesehatan adalah bagaimana pemerintah dapat menerjemahkan komitmen dan kebijakan intervensi efektif yang sudah tersedia menjadi program rutin pelayanan kesehatan yang dapat langsung menyentuh masyarakat, terutama mereka yang paling membutuhkan, yaitu masyarakat miskin.

Kata kunci: Pencapaian MDGs, bidang kesehatan, masyarakat miskin

Abstract

Government's report on achievement of MDGs in Indonesia until 2002 reflects commitment towards people's welfare. Health area as explained in indicators of goals 4, 5, and 6 were reported as improved. This review examines achievement status, elucidates background explanation about those achievement status, and assesses prospect of MDG achievement, particularly in health area. The review shows that most of MDG's health indicators improved but in a slow manner. Funding is still posed as the main constraint of health care of those who needed it. Eradication program of infectious and contagious diseases, including HIV/AIDS, malaria, and TB faces many hurdles. Malaria and TB prevalences are still high, while HIV/AIDS epidemic in several areas has shown infiltration and spread among low socio-economic population groups. This situation reflects a not very good prognostic of MDG achievement in Indonesia. The main challenge of MDG achievement in health area in Indonesia is related to question on how the government could translate commitment and effective intervention policy into routine health care program that directly touch the people, especially those who need most: the poor.

Key words: MDG achievement, health area, the poor

*Guru Besar Departemen Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

(Disajikan dalam Lokakarya Pembangunan Bangsa dan Negara Indonesia : Pembangunan Desa dan Daerah Pesisir pada Era Milenium III, Universitas Indonesia, Depok, 21-22 Maret 2007)

Mengapa MDG?

Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) bulan September 2000 yang dihadiri 189 negara anggota menyepakati dan mengadopsi Tujuan Pembangunan Milenium atau Millennium Development Goals (MDGs).¹ Kesepakatan ini merupakan tekad nyata para pemimpin dunia dalam menegakkan kedamaian, keamanan, pembangunan, hak azazi manusia dan kemerdekaan sebagai satu kesatuan yang tak terpisahkan.

“We will not enjoy development without security, we will not enjoy security without development, and we will not enjoy either without respect for human rights. Unless all these causes are advanced, none will succeed.” (Kofi Annan, United Nations, 2005).

MDGs mempunyai delapan tujuan, mulai dari mengurangi kemiskinan dan kelaparan, menuntaskan pendidikan dasar, meningkatkan kesehatan ibu dan anak, menghentikan penyebaran HIV/AIDS, mendorong kesamaan gender, sampai melestarikan lingkungan. Masing-masing tujuan memiliki satu atau beberapa target yang sebagian besar ditentukan tercapai tahun 2015 dengan dasar situasi dunia tahun 1990-an. Kesemua tujuan berorientasi kesejahteraan rakyat, mempunyai batasan waktu dan terukur, ditetapkan dan dicapai melalui kemitraan dunia dengan penekanan tanggung jawab Negara berkembang menata rumah-tangganya sendiri dibantu Negara maju; dan dibangun melalui dukungan politis internasional dan nasional yang melibatkan pemerintah dan lembaga non-pemerintah. Target MDGs bersifat realistis, dinyatakan dengan jelas, kongkrit dalam bentuk angka.

Sebagai salah satu peserta KTT Milenium, Indonesia

bertekad menggunakan MDGs sebagai acuan pelaksanaan pembangunan. Laporan resmi terakhir status pencapaian MDGs di Indonesia disampaikan Pemerintah pada tahun 2004.² Sebagian besar indikator pencapaian menggunakan data awal tahun 1990 dan data akhir tahun 2002 dan 2003. Menggunakan data dari berbagai sumber, tulisan ini mencoba menelaah kembali pencapaian MDGs bidang kesehatan, terutama tujuan nomor 4, 5, dan 6, dan mencari penjelasan latar-belakang status pencapaian dari kaca-mata program dan masyarakat.

Pelaporan Pencapaian MDGs sampai Tahun 2002/3

MDGs bidang kesehatan mencakup upaya menurunkan angka kematian anak (Tujuan 4), meningkatkan kesehatan ibu (Tujuan 5), dan memerangi HIV/AIDS, Malaria dan penyakit menular lainnya (Tujuan 6) yang masing-masing mempunyai target dan indikator (Lihat Tabel 1). Apabila tidak disebut sumber data dari telaah ini berasal dari laporan resmi pencapaian MDGs.²

Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

Angka kematian balita menurun dari 97 per 1.000 pada tahun 1989 menjadi 46 pada tahun 2000 atau rata-rata penurunan tujuh persen per tahun.² Selanjutnya, untuk mencapai target angka kematian balita 30 per 1000 pada tahun 2015 diperlukan rata-rata penurunan tiga persen per tahun. Untuk pencapaian target ini diperlukan upaya yang lebih keras karena penyebab kematian pada angka kematian yang semakin rendah akan semakin sukar ditanggulangi. Penyebab utama kematian anak masih didominasi oleh penyakit infeksi, termasuk diare dan ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut), yang terkait dengan gangguan gizi. Sekitar 30% anak balita mem-

Tabel 1. MDGs Bidang Kesehatan: Tujuan, Sasaran dan Indikator

Tujuan	Target	Indikator
Tujuan 4: Menurunkan angka kematian anak	Menurunkan angka kematian balitasebesar dua pertiganya, antara 1990 dan 2015	Angka kematian balita Angka kematian bayi Persentase anak di bawah satu tahun yang diimunisasi campak
Tujuan 5: Meningkatkan kesehatan ibu	Menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara 1990 dan 2015	Angka kematian ibu Proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih Angka pemakaian kontrasepsi
Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya	Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada 2015	Prevalensi HIV di kalangan ibu hamil yang berusia antara 15-24 tahun Penggunaan kondom pada pemakai kontrasepsi Persentase anak muda usia 15-24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif HIV/AIDS

Sumber: Indonesia, 2004

punyai berat badan yang kurang terhadap umur (kurang dari -2 Standard Deviasi Skor BB/U). Angka ini tidak banyak berubah dalam dekade terakhir.

Angka kematian bayi menurun nyata dari 68 per seribu kelahiran hidup pada tahun 1989 menjadi 35 pada tahun 2000 atau rata-rata penurunan lima persen per tahun.² Walaupun menurun, angka kematian bayi ini masih tinggi dibanding dengan beberapa negara ASEAN seperti Malaysia, Filipina, dan Thailand. Persentase anak usia 12-23 bulan yang menerima sedikitnya satu kali imunisasi meningkat dari 58% pada tahun 1991 menjadi 72% pada tahun 2002. Sebagai bandingan, target nasional imunisasi campak untuk tahun 2010 ditetapkan 90%. Anak yang kurang gizi yang terserang campak menjadi rawan terhadap ISPA berat.

Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu

Angka kematian ibu dilaporkan menurun dari sekitar 400 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 307 pada tahun 2000. Angka ini masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan negara maju yang sudah di bawah 10, dan di beberapa negara ASEAN sudah di bawah 50. Target penurunan angka kematian ibu menjadi 124 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 tidak mudah tercapai mengingat sistem pelayanan obstetri emergensi masih lemah, belum mampu menjangkau tepat waktu semua kasus komplikasi maternal (kehamilan, persalinan dan nifas). Biaya dan jarak menjadi penghambat utama akses pelayanan obstetri emergensi. Data menunjukkan sebagian besar kematian ibu terjadi pada masyarakat miskin dan mereka yang tinggal jauh dari rumah sakit. Perdarahan, eklamsia, dan infeksi merupakan jenis komplikasi maternal yang menjadi penyebab langsung kematian ibu. Kematian ibu dapat dicegah hanya apabila kasus komplikasi ditolong di rumah sakit dengan fasilitas pelayanan obstetri emergensi yang memadai. Ibu dengan komplikasi akan meninggal apabila terlambat menerima pelayanan standar.

Di Indonesia, aborsi tidak aman berkontribusi terhadap 11 persen kematian ibu. Aborsi tidak aman terjadi karena ibu hamil atau pasangan yang tidak menginginkan kehamilan melakukan aborsi sengaja melalui pertolongan pelayanan yang tidak kompeten. Setiap tahun diperkirakan terjadi 2 juta aborsi. Akses terhadap kontrasepsi modern berperan penting terhadap penurunan kasus kehamilan yang tidak diinginkan, dan juga secara tidak langsung akan menurunkan angka kematian ibu karena insiden kehamilan yang menurun. Angka pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia subur dilaporkan meningkat dari 50% pada tahun 1990 menjadi 54% pada tahun 2002. Tren angka pasangan subur yang tidak menginginkan hamil, tetapi tidak memakai kontrasepsi, masih menetap tinggi sekitar 9%.

Komplikasi persalinan menurun apabila persalinan

ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih di lingkungan yang higienis dengan sarana memadai. Meningkatkan proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih merupakan salah satu strategi upaya penurunan kematian ibu. Data Survei Sosial-Ekonomi Nasional (Susenas) menunjukkan peningkatan proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan dari 41% pada tahun 1990 menjadi 68% pada tahun 2003, sedangkan target nasional pada tahun 2010 adalah 90%. Perlu dicatat bahwa data Susenas mendefinisikan tenaga kesehatan sebagai dokter kebidanan, dokter, bidan, dan perawat dengan tidak membedakan apakah tenaga tersebut trampil atau tidak trampil. Data Susenas juga menunjukkan bahwa sebagian besar persalinan/ kelahiran terjadi di rumah ibu yang bersalin dengan lingkungan yang kurang bisa dijamin higienisnya. Karena hal ini, keamatan hubungan antara peningkatan proporsi persalinan oleh tenaga kesehatan dan penurunan angka kematian ibu mungkin tidak serta merta terjadi.

Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya

HIV/AIDS

HIV (Human Immuno Virus) merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Kekebalan tubuh yang berkurang atau hilang membuat orang rentan terhadap berbagai penyakit. Sekumpulan gejala penyakit sebagai akibat hilangnya kekebalan tubuh pada seseorang yang terinfeksi HIV dikenal dengan AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrom). Penularan HIV dari satu orang ke orang lain terjadi melalui pertukaran cairan tubuh. Dalam tubuh, HIV terutama berada dan beredar dalam darah, air mani dan cairan otak. Dalam kurun waktu 5 sampai 15 tahun sejak terinfeksi, orang dengan HIV tampak normal, baru setelah kekebalan sangat menurun akan muncul AIDS, yang dalam waktu satu sampai dua tahun diikuti dengan kematian. Sampai sekarang belum ada obat penyembuh HIV/AIDS, tetapi obat retro-viral yang dapat menghambat kecepatan pengembang-biakan virus. Pencegahan, termasuk tidak melakukan hubungan seksual, setia hanya pada satu pasangan seksual, menggunakan kondom pada hubungan seksual berisiko, dan tidak menyalah-gunakan obat, merupakan cara paling efektif dalam program penanggulangan HIV/AIDS.

Sejak dilaporkan kasus pertama AIDS tahun 1987, jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan terus meningkat. Sampai akhir September 2003 tercatat 1.239 kasus AIDS dan 2.685 kasus HIV positif.² Angka ini hanya puncak dari 'gunung es' masalah yang jauh lebih besar. Saat ini diperkirakan antara 90.000-130.000 orang Indonesia hidup dengan HIV. Sebagian besar kasus tertular melalui hubungan seksual berisiko. Mulai awal 2000-an penularan melalui penggunaan jarum yang

tidak steril pada penyalah-guna narkoba suntik dilaporkan semakin meningkat.

Epidemi (tingkat penyebaran) HIV/AIDS di Indonesia semakin mengkhawatirkan. Saat ini epidemi tidak lagi dalam katagori rendah, tetapi sudah masuk katagori 'konsentrasi'. Di beberapa propinsi seperti DKI Jakarta, Bali, Papua, dan Riau Kepulauan angka prevalensi HIV pada kelompok penjaja seks antara 5% dan 20%, dan pada penyalah-guna narkoba suntik antara 50% dan 70%. Pada saat ini tidak ada propinsi atau kabupaten yang masih bebas HIV. Di beberapa daerah, HIV sudah mulai masuk pada kelompok risiko rendah, termasuk ibu hamil dan anak. Ibu hamil tertular dari pasangannya, dan anak tertular HIV dari ibu melalui plasenta, jalan lahir, atau menyusui. Di beberapa daerah, angka HIV positif pada ibu hamil sudah sekitar 0,5%.

Target menghentikan penularan HIV pada tahun 2015 tampaknya tidak akan tercapai. Faktor pendorong epidemi terus berjalan sementara program rutin pelayanan pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS belum tampak nyata. Industri seks terbuka dan terselubung makin marak, sementara penggunaan kondom pada hubungan seksual berisiko masih relatif rendah. Demikian pula penyalah-gunaan narkoba suntik semakin meningkat, di mana sebagian besar penyalah-guna menyuntik bergantian dengan menggunakan semprit dan jarum tidak steril. Kesemua perilaku tersebut mendorong penyebaran HIV di masyarakat. Komitmen pemerintah terhadap penanggulangan HIV/AIDS memang tinggi, tetapi masih dalam suatu tingkat yang belum terwujud menjadi program pelayanan rutin yang langsung menyentuh masyarakat.

Malaria

Hampir separuh penduduk Indonesia tinggal di daerah endemik malaria, terutama di propinsi-propinsi bagian timur.² Rata-rata prevalensi malaria diperkirakan 850 per 100.000 penduduk. Prevalensi yang lebih tinggi ditemukan di Gorontalo, Nusa Tenggara Timur, dan Papua. Di beberapa daerah di Jawa Tengah dan Jawa Barat malaria yang tadinya sudah hilang muncul kembali. Jangkauan pelayanan pengobatan malaria terbatas. Hanya sekitar 10% kasus malaria yang mendapat pengobatan di fasilitas kesehatan. Angka kematian spesifik karena malaria diperkirakan 10 per 100.000 penduduk. Dari anak balita dengan gejala klinis malaria, hanya 4,4% yang menerima pengobatan.

Upaya pencegahan malaria difokuskan untuk meminimalkan jumlah kontak manusia dengan nyamuk melalui pemakaian kelambu dan penyemprotan rumah. Beberapa daerah menekankan penggunaan kelambu yang telah direndam dengan insektida. Anak balita yang tidurnya menggunakan kelambu diperkirakan 32%, sedangkan penggunaan kelambu yang telah direndam

dengan insektisida hanya 0,2%. Salah satu hambatan utama penggunaan kelambu secara masal adalah faktor ekonomi.

Tuberkolosis (TB)

Survei prevalensi TB di beberapa lokasi antara tahun 1965 dan 1986 menunjukkan median risiko tahunan infeksi sebesar 2,5%. Atas dasar ini, Badan Kesehatan Dunia memperkirakan prevalensi nasional sebesar 786 per 100.000 penduduk, dengan 44% diantaranya BTA (Bakteri Tahan Asam) positif. Indonesia menempati urutan ketiga penyumbang kasus TB di dunia, dengan 582.000 kasus baru per tahun yang hampir separuhnya TB paru dengan BTA positif. Angka ini mengartikan 271 kasus baru per 100.000 penduduk, dengan 122 diantaranya BTA positif. Angka kematian spesifik karena TB diperkirakan 68 per 100.000 penduduk, sedangkan angka kematian kasus sekitar 24%.

Deteksi kasus TB penting dalam upaya pemberantasan TB. Jumlah kasus TB yang terdeteksi dilaporkan meningkat dari 92.792 kasus tahun 2001 menjadi 155.188 kasus tahun 2002, dengan 49% diantaranya BTA positif. Jumlah ini mengindikasikan bahwa upaya deteksi baru menjangkau 29% dari kasus yang ada. Dengan percepatan deteksi kasus sekarang ini, angka deteksi kesepakatan internasional sebesar 70% pada tahun 2005 baru akan tercapai pada tahun 2013.

Penyakit TB merupakan penyakit kronik, melemahkan tubuh dan sangat menular. Penyembuhan memerlukan diagnosis akurat melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan jangka panjang dengan ke-taatan meminum obat anti TB. Angka kesembuhan yang pada kasus-kasus yang terdeteksi dilaporkan sebesar 86% dengan variasi yang besar, lebih 95% di Riau, Bali, dan Gorontalo, dan hanya 16% di Papua. Apabila dikaitkan dengan angka deteksi kasus 29% maka program pemberantasan TB baru menjangkau dan menyembuhkan 25% dari kasus yang ada.

Kelangsungan berobat pada penderita TB tidak saja ditentukan oleh kepatuhan berobat, tetapi juga ketersediaan obat yang tidak terputus di fasilitas kesehatan. Survei tahun 2000 terhadap stok obat anti TB di fasilitas kesehatan menunjukkan angka kehabisan stok bervariasi dari 2 sampai 8%. Beberapa pengamatan melaporkan bahwa kebijakan desentralisasi yang diberlakukan mulai tahun 2001 mengganggu jaminan ketersediaan obat.

Pertimbangan dalam Evaluasi Pencapaian MDGs

Tren dan Tingkat Pencapaian

Tingkat dan tren pencapaian MDGs terutama yang dilaporkan melalui angka kematian anak dan kematian ibu perlu ditafsirkan hati-hati dengan mempertimbangkan sumber dan kualitas data, konsistensi antara berbagai indikator, dan perbedaan pencapaian menurut

daerah dan pengelompokkan sosial-ekonomi. Kelangkaan dan keterbatasan data merupakan kendala utama pemantauan dan evaluasi pencapaian MDGs. Penggunaan data yang tidak akurat akan menghasilkan indikator yang juga tidak akurat. Serangkaian indikator perlu dilihat holistik sebagai satu kesatuan. Penyimpulan terhadap status pencapaian MDGs perlu memperhatikan konsistensi antara berbagai indikator, karena mereka tidak sepenuhnya independen. Misal, penurunan kematian biasanya dibarengi dengan penurunan angka penyakit dan perbaikan akses pelayanan kesehatan. Apabila berbagai indikator saling tidak konsisten, maka kita perlu meneliti kemungkinan pengaruh data yang tidak akurat. Angka pencapaian MDGs perlu diberlakukan untuk semua kelompok masyarakat, sehingga evaluasi pencapaian harus memperhatikan tidak saja angka rata-rata, tetapi juga ketimpangan atau perbedaan indikator antar daerah, perdesaaan dan perkotaan, dan kaya dan miskin.

Sumber Data dan Kualitas Data

Kebutuhan sistem registrasi vital sebagai sumber ideal data kematian sudah dirasakan sejak awal tahun 1980-an dengan munculnya berbagai proyek pengembangan, tetapi sejauh ini sistem registrasi vital nasional belum berjalan. Sebagai akibatnya survei penduduk atau rumah-tangga menjadi sumber utama data kematian. Angka kematian yang dihitung dari data survei sering dihadapkan pada ketidak-pastian, karena hasil estimasi sangat dipengaruhi oleh survei mana sebagai sumber data dan metode estimasi yang digunakan untuk perhitungan.

Survei dapat mengumpulkan data kematian melalui dua cara: (1) langsung, dengan menanyakan ada tidaknya kematian dalam rumah tangga selama satu kurun waktu (biasanya setahun) sebelum survei, dan (2) tidak lang-

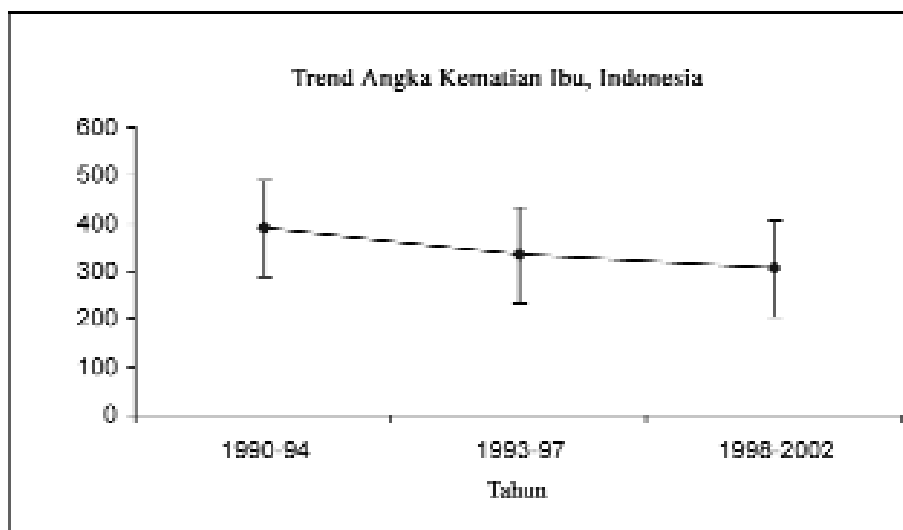
sung, melalui status kelangsungan hidup anak dan/atau saudara perempuan. Cara langsung tidak dianjurkan karena tingkat kesalahan yang besar dalam mengingat peristiwa (kelahiran dan kematian) yang telah lampau (*recall error*) dan besaran sampel rumah tangga kurang memadai untuk perhitungan angka kematian. *Recall error* membuat hasil estimasi angka kematian cenderung lebih rendah, sedangkan sampel yang relatif kecil membuat kisaran estimasi lebih melebar.

Cara tidak langsung estimasi angka kematian menggunakan data kelangsungan hidup yang dikumpulkan melalui survei. Data kelangsungan hidup anak yang pernah dilahirkan oleh ibu usia reproduksi menjadi dasar estimasi angka kematian bayi dan anak, dan data kelangsungan hidup saudara perempuan dari anggota rumah tangga dewasa menjadi dasar estimasi angka kematian ibu. Disebut tidak langsung karena survei menanyakan hanya mati tidaknya anak atau saudara perempuan tanpa menanyakan umur dan kapan waktu mati. Informasi penting ini diperkirakan tidak langsung melalui metode statistik. Kebenaran hasil perhitungan tergantung kepada terpenuhi tidaknya asumsi yang melekat pada metode.

Angka Kematian Menurun Lambat, Tetapi Masih Tinggi

Penurunan kematian ibu dari 390 per 100,000 kelahiran hidup pada tahun 1990-1994, 334 pada tahun 1993-1997, menjadi 307 pada tahun 1998-2002 yang dilaporkan resmi² dianggap kurang meyakinkan karena kisaran angka-angka perkiraan saling menutupi hampir 70%.³ Mendasarkan pada data dan estimasi berbagai studi dua dekade terakhir, Soemantri dan Setyowati⁴ mengatakan bahwa angka kematian ibu masih bertahan tinggi antara 350 dan 450 per 100,000 kelahiran hidup.

Dari gambaran tersebut, dapat disimpulkan bahwa angka kematian ibu dan anak di Indonesia menurun lam-



bat, masih bertahan pada tingkat yang tinggi. Kesimpulan masih tingginya angka kematian ini sejalan dengan prevalensi penyakit infeksi/ menular dan gangguan gizi pada ibu dan anak yang juga masih tinggi. IS-PA dan diare masih sebagai penyebab utama kematian bayi dan anak. Penyebab bermakna lain termasuk infeksi parasit, campak, difteri, pertusis, dan TB. Selanjutnya dengue semakin menjadi faktor penting penyebab kematian anak. Masalah kurang kalori protein, anemia defisiensi besi, defisiensi yodium, dan defisiensi vitamin A masih menjadi masalah utama gizi pada ibu dan anak dengan prevalensi yang tidak banyak beranjak dalam dua dekade terakhir ini.

Angka kematian ibu yang masih tinggi konsisten dengan masih rendahnya akses dan kualitas pelayanan obstetri emergensi bagi ibu-ibu dengan komplikasi maternal. Penelitian Immpect di Banten menunjukkan lebih dari 50% kematian ibu terjadi di rumah atau dalam perjalanan sebelum menjangkau fasilitas pelayanan obstetri emergensi di rumah sakit. Faktor biaya dan kemudian jarak geografis merupakan faktor utama penghambat akses pelayanan. Penelitian juga menunjukkan kompetensi bidan dan kualitas pelayanan obstetri emergensi umumnya masih dibawah standar.

Perbedaan Pencapaian Menurut Daerah dan Pengelompokan Sosial-ekonomi

Hanya memperhatikan angka-angka inasional pencapaian MDGs bisa menyesatkan. Data menunjukkan perbedaan mencolok angka pencapaian menurut propinsi, perkotaan-perdesaan, dan pengelompokan sosial ekonomi. Berdasarkan pada target nasional, pencapaian mungkin tercapai pada beberapa kelompok, tetapi tidak pada banyak kelompok lain. Tabel 2 memberi contoh kisaran beberapa indikator kesehatan menurut propinsi.

Ketimpangan kaya-miskin dalam status kesehatan dan akses pelayanan sangat nyata. Ketimpangan atau perbedaan ini dalam dua dekade terakhir ini tidak

mengecil, bahkan untuk beberapa indikator tertentu semakin membesar. Data menunjukkan bahwa sebagian besar kematian ibu terjadi pada penduduk miskin. Kematian ibu semakin tinggi dengan semakin rendahnya status sosial-ekonomi (Lihat Tabel 3). Angka kematian ibu pada kuintil penduduk termiskin dua sampai tiga kali lipat lebih tinggi dibanding kuintil penduduk terkaya. Gambaran ini kurang lebih serupa dari tahun 1994 sampai tahun 2002.⁵

Perbedaan angka kematian ibu terkait dengan perbedaan akses pelayanan obstetri emergensi seperti ditunjukkan melalui perbedaan persentase persalinan dengan operasi Cesar yang dibawah 1% pada penduduk miskin (kuintil 1 dan 2) dan 2% sampai 10% pada penduduk kaya (kuintil 4 dan 5) (Lihat Tabel 4). Persalinan operasi Cesar dengan tujuan penyelamatan ibu dan bayi diharapkan sekitar 4% sampai 6%. Perbedaan akses pelayanan obstetri emergensi juga mencolok antara daerah pedesaan dan perkotaan. Akses pelayanan jauh lebih rendah di pedesaan dibanding perkotaan.

Akses terhadap pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan juga berbeda mencolok menurut pengelompokan sosial-ekonomi dan pedesaan-perkotaan (Lihat Tabel 5).

Masalah Penyakit Infeksi: HIV/AIDS, Malaria, dan TB

Walaupun pemerintah mempunyai komitmen menanggulangi penyakit-penyakit ini, upaya masih belum maksimal. Epidemio HIV/AIDS semakin mengkhawatirkan, tetapi kebijakan belum diterjemahkan menjadi program rutin pelayanan pencegahan dan pengobatan yang langsung menyentuh masyarakat yang membutuhkan. Malaria masih berkontribusi terhadap mortalitas, morbiditas, dan penurunan produktivitas penduduk, terutama di daerah endemik. TB masih merupakan penyakit prevalen di Indonesia. Upaya penanggulangan TB tidak mudah karena memerlukan manajemen lapangan yang kompleks mencakup deteksi kasus, logistik obat, dan pengobatan jangka lama.

Tabel 2. Kisaran Beberapa Indikator MDGs Kesehatan Indonesia Menurut Propinsi

Indikator	Rata-rata	Terendah	Tertinggi
Angka kematian balita Tahun 1994-2005	46/1.000	25/1.000	103/1.000
Cakupan imunisasi campak usia 12-23 bulan Tahun 2002	72%	44%	89%
Prevalensi pemakaian alat KB pada wanita kawin Tahun 2002	54%	31%	66%
Proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan Tahun 2002	67%	34%	95%

Sumber: dikutip dari Lampiran pada Indonesia, 2004

Tabel 3. Distribusi Kematian Ibu Menurut Kuintil Kaya-miskin, Indonesia, Tahun 1994, 1997, dan 2002/3

Kuintil	Tahun		
	1994	1997	2002
1 Termiskin	32%	34%	36%
2	24%	20%	28%
3	20%	19%	11%
4	12%	18%	10%
5. Terkaya	12%	9%	15%

Sumber: SDKI, 1994, 1997, dan 2002/3; perhitungan dari Graham et al., 2003

Tabel 4. Persentase Persalinan dengan Operasi Cesar Menurut Kuintil Kaya-miskin dan Pedesaan-perkotaan, Indonesia, Tahun 1994, 1997, dan 2002

Kuintil kaya-miskin	Tahun			
	1991	1994	1997	2002
1. Termiskin	0.2%	0.3%	0.6%	0.6%
2	0.4%	0.8%	0.7%	0.7%
3	0.9%	1.0%	1.3%	0.9%
4	2.1%	2.6%	2.9%	2.2%
5. Terkaya	3.4%	4.6%	6.1%	9.8%
Perdesaan	0.4%	0.8%	1.2%	1.9%
Perkotaan	2.4%	3.9%	4.8%	6.7%
Semua	1.0%	1.6%	2.2%	4.1%

Sumber: SDKI, 1991, 1994, 1997, 2002/3

Tantangan Pencapaian MDGs Kesehatan

Kebijakan intervensi efektif untuk menanggulangi masalah gangguan gizi, kematian anak, kematian ibu, dan penyakit infeksi telah tersedia, tetapi penggunaan dan implementasi belum maksimal. Masalahnya adalah bagaimana menerjemahkan kebijakan intervensi menjadi program rutin pelayanan kesehatan yang dapat menyentuh langsung masyarakat sasaran.

Tantangan dalam menerjemahkan kebijakan mencakup banyak faktor dalam: (1) dimensi kebijakan dan program, yang lebih dari sisi penyediaan pelayanan, dan (2) dimensi masyarakat, yang lebih dari sisi penerima pelayanan. Sistematis faktor pada masing-masing dimensi bukan dimaksudkan sebagai kerangka teori, tetapi lebih pada kerangka penyajian dan pembahasan (Lihat Tabel 6).

Membangun Hukum

Kelemahan dalam substansi, struktur dan budaya hukum sering merugikan hak-hak dan situasi kesehatan ibu dan anak. Upaya perbaikan kesehatan ibu dan anak perlu pula memperbaiki kejelasan hukum dan peraturan dan menjamin pelaksanaan hukum demi melindungi perempuan dan anak.

Tabel 5. Persentase Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Menurut Kuintil Kaya-miskin dan Pedesaan-perkotaan, Indonesia, Tahun 1994, 1997, dan 2002

Kuintil kaya-miskin	Tahun			
	1991	1994	1997	2002
1. Termiskin	11.3%	14.4%	18.7%	32.6%
2	22.6%	21.8%	29.4%	42.3%
3	43.5%	38.1%	44.0%	57.5%
4	66.4%	61.2%	67.0%	70.3%
5. Terkaya	90.5%	88.0%	88.6%	89.9%
Perdesaan-perkotaan				
Perdesaan	21.6%	26.0%	38.0%	55.7%
Perkotaan	68.3%	76.4%	79.4%	79.4%
Semua	35.2%	39.9%	49.1%	66.6%

Sumber: SDKI, 1991, 1994, 1997, 2002/3

Tabel 6. Dimensi dan Faktor dalam Menerjemahkan Kebijakan Menjadi Program Rutin Pelayanan

Dimensi	Faktor
Kebijakan dan program	Hukum Agenda prioritas Kerja-sama lintas sektor dan program Kelembagaan: - Manajerial - Teknis - Pendanaan - Budaya mental (desentralisasi) Sistem informasi
Masyarakat	Pendidikan yang masih rendah Isu gender Partisipasi

Menempatkan Kesehatan Sebagai Agenda Prioritas

Sebagai elemen penting MDGs, perbaikan kesehatan terutama kesehatan ibu dan anak perlu menjadi agenda prioritas pembangunan nasional, termasuk daerah. Prioritas ini perlu dijabarkan menjadi komitmen pelaksanaan, termasuk anggaran. Sejauh ini, anggaran belanja pemerintah untuk bidang kesehatan menanggung hanya 20% biaya kesehatan; sisanya sekitar 80% berasal dari kantong masyarakat yang belum diatur dalam suatu sistem asuransi. Namun demikian, budaya mental korupsi dan kelembagaan (kapasitas institusi) yang lemah membuat peningkatan anggaran kesehatan akan tidak banyak berpengaruh terhadap keberhasilan pembangunan.

Memperkuat Kerjasama Lintas Sektor dan Program

Masalah kesehatan merupakan masalah multi-sektor, tidak saja kematian, penyakit, dan gizi, tetapi juga perilaku, pangan, perumahan, lingkungan, ekonomi, dan sosial-budaya. Dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan, sektor kesehatan perlu bekerja-sama dan berko-

ordinasi dengan sektor dan program lain. Untuk ini perlu kejelasan peran dan tanggung jawab masing-masing sektor dan program, dan pada saat yang sama dibangun komitmen bersama dan rasa saling percaya, kerja sama lintas sektor dan program ini mudah diucapkan, tetapi dalam praktek sukar dilaksanakan.

Memperkuat Kebijakan dan Kelembagaan

Mengurangi atau menghilangkan hambatan akses pelayanan kesehatan, baik hambatan biaya atau non-biaya bagi rumah tangga, terutama masyarakat miskin, perlu menjadi satu komponen penting kebijakan kesehatan. Selanjutnya, kelembagaan yang kuat merupakan faktor penting yang dapat menjamin pelaksanaan kebijakan. Sementara banyak faktor yang mempengaruhi kuat tidaknya kelembagaan, kapasitas manajerial, teknis, pendanaan, dan budaya mental semua tingkatan program, mulai Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten Kota, dan fasilitas pelayanan, memegang peranan penting. Kepemimpinan dan budaya mental sering menentukan keberhasilan pelaksanaan kebijakan dan program. Penguatan kelembagaan ini menjadi lebih penting sehubungan dengan desentralisasi pembangunan kesehatan.

Upaya penguatan kelembagaan mencakup perbaikan kinerja petugas kesehatan – menyangkut kualitas, ketanggapan, dan efisiensi – melalui akuntabilitas yang lebih besar, dan perlu memperhatikan tidak saja upah dan tunjangan yang memadai, tetapi juga kesempatan mengikuti pelatihan dan prospek promosi. Kebijakan perlu menjamin bahwa obat dan komoditas esensial dapat menjangkau dan terjangkau oleh masyarakat yang paling membutuhkan. Perlu perbaikan logistik, sistem inventif, strategi pengaturan pengadaan, dan kejelasan peran pemerintah dalam jaminan penyediaan obat dan dalam menciptakan situasi kondusif bagi riset dan pengembangan obat.

Memperbaiki Sistem Informasi

Sistem informasi, termasuk sistem registrasi vital, sistem pelayanan kesehatan, dan surveilans masalah kesehatan, masih kurang mendapat perhatian. Sistem informasi kesehatan yang ada belum berjalan maksimal, dan belum dalam satu kesatuan. Ketidak-lengkapan dan ketidak-akuratan data menjadi penghalang utama upaya pemantauan dan evaluasi MDGs. Sudah mulai saatnya kita melakukan penilaian komprehensif masalah sistem informasi ini dan merancang suatu sistem informasi yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan yang dinamis.

Pendidikan Masyarakat Sasaran yang Masih Rendah

Masyarakat yang rawan masalah kesehatan justru mereka yang tingkat pendidikan rendah dan tidak mampu secara ekonomis. Sementara perbaikan pendidikan

penting sebagai perbaikan kesehatan dan ekonomi jangka panjang, komunikasi dan pendekatan program pelayanan kesehatan perlu menyesuaikan dengan tingkat pendidikan dan aspek sosial-budaya masyarakat.

Menuju Kesetaraan Gender

Masalah gender merupakan salah satu faktor penjelasa belum optimalnya kesehatan ibu. Faktor sosial-budaya yang ada dalam banyak hal sering menempatkan perempuan dalam sub-ordinasi laki-laki, sehingga akses dan kontrol terhadap sumber daya kehidupan dari perempuan umumnya lebih rendah dibanding laki-laki. Situasi ini merugikan perempuan, termasuk meningkatkan kerawanan terhadap risiko kematian ibu. Kesehatan ibu yang buruk tentu saja berpengaruh negatif terhadap kesehatan anak-anaknya. Dengan demikian upaya perbaikan kesehatan ibu dan anak perlu pula menyertakan upaya peningkatan kesetaraan gender.

Partisipasi Masyarakat

Akses pelayanan merupakan pertemuan antara penyedia pelayanan dan masyarakat sebagai pengguna pelayanan. Partisipasi masyarakat dalam upaya perbaikan kesehatan diperlukan untuk perbaikan perilaku kesehatan dan optimasi penggunaan pelayanan. Menumbuhkan dan mengembangkan partisipasi masyarakat tidak saja tanggung jawab pemerintah, tetapi juga organisasi non-pemerintah, organisasi profesi, dan organisasi kemasyarakatan. Apabila perlu masyarakat melalui organisasi-organisasi ini perlu menekan pemerintah untuk memenuhi kewajibannya menyetatkan masyarakat.

Kesimpulan

Sebagian besar indikator kesehatan membaik, tetapi lamban. Walau menurun, angka kematian ibu dan anak masih tinggi. Penyakit infeksi dan masalah gizi masih prevalen. Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, juga air bersih dan sanitasi rumah tangga dan lingkungan yang sehat masih rendah. Biaya masih menjadi penghambat utama pelayanan kesehatan bagi mereka yang membutuhkan. Program pemberantasan penyakit menular, termasuk HIV/AIDS, malaria, dan TB masih dihadapkan pada banyak hambatan. Prevalensi malaria dan TB masih tinggi, sementara epidemi HIV/AIDS di beberapa daerah sudah mulai masuk populasi rendah. Gambaran ini menyiratkan prognosis pencapaian MDGs di Indonesia yang kurang menggembarakan.

Tantangan utama pencapaian MDGs adalah mewujudkan kebijakan intervensi efektif yang sudah tersedia menjadi program rutin promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan pelayanan kesehatan yang langsung menyentuh masyarakat, terutama mereka yang paling

membutuhkan, yaitu masyarakat miskin.

Daftar Pustaka

1. United Nations, 2005. The Millennium Development Goals Report, United Nations, New York.
2. Indonesia (2004). Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals), Jakarta.
3. BPS (Badan Pusat Statistik) and ORC Macro (2003). Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003. Calverton, Maryland.
4. Soemantri, S. and T. Setyowati (2004), 'Perkembangan Mortalitas Indonesia: Besaran dan kecenderungan', Jakarta: IPADI-UNFPA-BKKBN.
5. Graham, W. J., A. E. Fitzmaurice, J. S. Bell, and J. A. Cairns (2005), 'The Familial Technique for linking maternal death with poverty', *Lancet*, 362.