



Novita Maizri/SMERU



KEMISKINAN MULTIDIMENSI PADA ANAK DI INDONESIA¹

Sejak dekade lalu, muncul pandangan bahwa pengukuran kemiskinan memerlukan indikator yang komprehensif, tidak hanya indikator moneter. Kemudian berkembang pendapat bahwa untuk memotret kondisi kemiskinan secara luas dan tajam, diperlukan kerangka analisis multidimensi. Kerangka analisis ini diperlukan terutama untuk melihat posisi anak sebagai kelompok yang paling terdampak oleh kemiskinan. Beberapa studi menunjukkan bahwa banyak anak di Indonesia mengalami kondisi berkekurangan (terdeprivasi) dalam lebih dari satu dimensi kehidupan. Sebagai contoh, salah satu studi SMERU (dengan dukungan Bappenas dan UNICEF) pada 2012 menemukan bahwa kebanyakan anak mengalami deprivasi baik dalam hal sanitasi maupun akses terhadap sumber air bersih.

¹ Artikel ini merupakan ringkasan laporan penelitian SMERU berjudul "The 2013 Update of Multidimensional Child Poverty in Indonesia" (draft laporan 2017) yang ditulis oleh Luhur Bima dan Cecilia Marlina.

Kemiskinan Multidimensi pada Anak di Indonesia

1

Kemiskinan Anak di Perkotaan

6

Kajian Awal Pelaksanaan Program e-Warong Kube-PKH

9

Penguatan Pelayanan Kesehatan dalam Menghadapi Masyarakat Ekonomi ASEAN

13

Pemberdayaan Masyarakat: Dulu, Sekarang, dan Masa Mendatang

17

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

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

DEWAN REDAKSI

Asep Suryahadi, Widjajanti Isdijoso, Syaikhul Usman, Nuning Akhmadi, Nina Toyamah, Luhur Bima, Meuthia Rosfadhila, Ruhmaniyati

REDAKSI

Hastuti, Liza Hadiz, Gunardi Handoko

PERANCANG GRAFIS

Novita Maizir

STAF DISTRIBUSI

Heru Sutapa

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



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

 The SMERU ResearchInstitute

 @SMERUInstitute

 The SMERU Research Institute

 The SMERU Research Institute

Pembaca yang budiman,

Penanggulangan kemiskinan secara umum menggunakan dua pendekatan, yaitu pembangunan ekonomi untuk meningkatkan pendapatan dan pemberdayaan masyarakat untuk mengembangkan kapasitas sumber daya manusia. Keberhasilan penanggulangan kemiskinan ditentukan, antara lain, oleh ketepatan kebijakan dan penargetannya. Unit target kebijakan dapat berupa masyarakat, keluarga, atau individu yang dapat dibedakan berdasarkan tingkat usia dan jenis kelamin.

Agar tersedia informasi berbasis penelitian mengenai kelompok rentan yang dapat dimanfaatkan oleh para pembuat kebijakan, dalam beberapa tahun terakhir The SMERU Research Institute melakukan berbagai kajian yang mengamati kondisi kemiskinan anak dan akses keluarga miskin terhadap pelayanan publik.

Pada 2015, SMERU mengeksplorasi kondisi kemiskinan multidimensi anak berusia 0–17 tahun. Studi ini bertujuan mengukur kondisi berkekurangan (*deprivasi*) individu anak untuk menilai kesejahteraan anak berdasarkan kelompok usia.

Penelitian lain tentang anak dilakukan SMERU di Surakarta, Jakarta Utara, dan Makassar pada 2015 untuk memahami karakteristik kemiskinan anak, baik perempuan maupun laki-laki, berusia 6–17 tahun di perkotaan. Studi ini mengungkap faktor-faktor yang memengaruhi pengalaman anak menurut perspektif mereka sendiri.

Selanjutnya, pada 2016 SMERU melakukan studi terhadap program penanggulangan kemiskinan yang bertarget keluarga, yakni Program *e-Warong*, sebuah pelayanan keuangan inklusif yang mengubah mekanisme penyaluran bantuan tunai menjadi nontunai. Studi ini mengamati persepsi pemangku kepentingan terhadap konsep program dan kesiapan mereka dalam melaksanakan program.

Masih terkait pelayanan publik, SMERU kemudian mengkaji kesepakatan perdagangan Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) bidang kesehatan. Kajian ini bertujuan mengidentifikasi implikasi MEA terhadap pelayanan kesehatan dalam upaya menyediakan dasar penyusunan kebijakan pelayanan kesehatan berkualitas dan kompetitif.

Tulisan tamu yang menutup terbitan kali ini berisi refleksi berbagai upaya pemberdayaan di Indonesia selama ini. Penulisnya berpendapat bahwa perlu ada transformasi kegiatan pemberdayaan menuju masyarakat yang berdaya secara ekonomi dan berdaulat secara politik.

Selamat membaca.

Syaikhul Usman

Editor

Pada 2015, SMERU melakukan studi eksplorasi tentang kemiskinan anak dengan menggunakan metode Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA).² Metode ini memungkinkan peneliti mengukur deprivasi anak terhadap berbagai kebutuhan dasar berdasarkan kelompok usianya. Untuk itu, studi ini mengelompokkan anak ke dalam lima kategori usia, yakni (i) 0–23 bulan, (ii) 2–4 tahun, (iii) 5–11 tahun, (iv) 12–14 tahun, dan (v) 15–17 tahun.

Implementasi MODA terhadap data Susenas bertujuan mengukur deprivasi anak di Indonesia terkait dengan perkembangannya dan menyediakan profil anak yang terdeprivasi berdasarkan komposisi dan karakteristik rumah tangga. Penerapan MODA terhadap set data Susenas dengan analisis tumpang-tindih antara beberapa dimensi kesejahteraan dan kondisi kemiskinan moneter dapat menyajikan informasi yang bermanfaat dan komprehensif tentang kondisi kehidupan anak. Studi ini menggunakan data triwulan pertama Susenas 2013 untuk mengamati profil anak miskin dan mengetahui tumpang-tindih kemiskinan moneter dengan dimensi kemiskinan nonmoneter. Dalam mengukur deprivasi multidimensi, beberapa indikator seperti air, rumah, dan sanitasi diukur pada tingkat rumah tangga. Indikator lainnya diukur pada tingkat individu yang memungkinkan peneliti menangkap variasi deprivasi anak-anak dalam suatu rumah tangga. Studi ini menerapkan dua ambang batas kemiskinan, yakni garis kemiskinan provinsi (*provincial poverty line*=PPL) dan dua kali garis kemiskinan provinsi (2PPL). Targetnya adalah mendapatkan gambaran umum yang lebih akurat mengenai status kemiskinan anak di Indonesia. Anak yang hidup di bawah PPL didefinisikan sebagai anak miskin, sedangkan yang hidup di atas ambang batas PPL

dan di bawah 2PPL didefinisikan sebagai rentan. Oleh karena itu, anak yang hidup di bawah 2PPL selanjutnya dikategorikan sebagai anak miskin dan rentan.

Hasil analisis kemiskinan moneter menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan anak sedikit lebih tinggi jika dibandingkan dengan tingkat kemiskinan penduduk secara keseluruhan. Selain itu, anak yang tinggal di perdesaan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami deprivasi moneter daripada anak yang tinggal di perkotaan. Dalam hal komposisi rumah tangga, keberadaan anak miskin di Indonesia berhubungan erat dengan usia anak paling muda di dalam rumah tangga dan jumlah anggota rumah tangga. Sementara itu, dalam hal karakteristik rumah tangga, keberadaan anak miskin berhubungan erat dengan tingkat pendidikan perempuan dewasa dalam rumah tangga dan pekerjaan kepala rumah tangga.

Analisis terhadap deprivasi nonmoneter menemukan bahwa (i) 40% anak di Indonesia tidak memiliki akses terhadap sanitasi yang sehat, (ii) seperempat anak tinggal di rumah yang dibangun dengan material tidak layak, dan (iii) sekitar seperlima anak tinggal di rumah yang penghuninya terlalu banyak. Selain itu, dalam dimensi kesehatan, indikator pengobatan medis memiliki tingkat deprivasi paling rendah dibandingkan dengan indikator lain, yakni kurang dari 10% pada setiap kelompok usia. Sementara itu, pada sektor pendidikan, tingkat deprivasi partisipasi sekolah anak berusia lebih tua lebih tinggi daripada anak berusia lebih muda. Tingkat deprivasi partisipasi sekolah pada anak usia 12–14 tahun (sekolah menengah pertama) sekitar 5%, sedangkan pada anak usia 15–17 tahun (sekolah menengah atas) meningkat menjadi 26%.

Hasil analisis kemiskinan moneter menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan anak sedikit lebih tinggi jika dibandingkan dengan tingkat kemiskinan penduduk secara keseluruhan.



Novita Matzir/SMERU

² MODA merupakan metode yang dikembangkan oleh UNICEF. Metode ini menggunakan pendekatan siklus hidup anak yang dapat menangkap berbagai jenis deprivasi yang dialami anak secara bersamaan sehingga memberi pemahaman lebih baik mengenai kompleksitas deprivasi pada anak.

Analisis variasi deprivasi nonmoneter di seluruh kelompok kesejahteraan menemukan bahwa masih terdapat sejumlah anak dalam rumah tangga lebih sejahtera yang mengalami deprivasi dalam beberapa dimensi kehidupan. Namun, secara keseluruhan deprivasi anak yang hidup dalam kelompok sejahtera tetap berada pada tingkat paling rendah jika dibandingkan dengan anak dalam kelompok miskin dan rentan.

Secara keseluruhan, sekitar 16% anak mengalami deprivasi multidimensi. Tingkat deprivasi anak berbeda pada seluruh rentang kelompok usia, yakni 29% untuk usia 0–23 bulan, 30% untuk usia 2–4 tahun, 8% untuk usia 5–11 tahun, 11% untuk usia 12–14 tahun, dan 17% untuk usia 15–17 tahun. Dua kelompok usia termuda (0–23 bulan dan 2–4 tahun) yang terdeprivasi dalam lebih dari dua dimensi dianggap terdeprivasi secara multidimensi. Sementara itu, kelompok usia tertua yang terdeprivasi secara multidimensi adalah mereka yang terdeprivasi dalam lebih dari tiga dimensi.

Menggambarkan profil anak terdeprivasi memberikan informasi mengenai latar belakang rumah tangga mereka sehingga memungkinkan kita untuk mengidentifikasi anak dengan kondisi paling rentan. Deprivasi anak dalam rumah tangga yang dikepalai perempuan dan rumah tangga yang dikepalai laki-laki tidak berbeda. Sementara itu, berdasarkan status pernikahan kepala rumah tangga, menunjukkan bahwa anak dengan orang tua lengkap memiliki tingkat deprivasi paling rendah dibandingkan dengan anak pada kategori lainnya. Selain itu, di antara semua kelompok usia, anak usia 5–11 tahun memiliki tingkat deprivasi paling rendah pada semua kategori status pernikahan kepala rumah tangga.

Anak usia 15–17 tahun memiliki risiko tertinggi untuk mengalami deprivasi jika anak paling muda dalam rumah tangga berusia kurang dari satu tahun. Secara umum, pola ini konsisten pada semua kelompok usia. Selain itu, anak pada semua kelompok usia cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami deprivasi ketika ada lebih dari tiga anak di dalam rumah tangga. Sekitar 25% anak dalam kelompok usia 0–23 bulan mengalami deprivasi multidimensi jika mereka hidup di dalam rumah tangga dengan tiga anak atau kurang. Proporsi anak yang terdeprivasi meningkat menjadi 45% dalam rumah tangga yang memiliki lebih dari tiga anak.

Analisis terhadap karakteristik rumah tangga menunjukkan bahwa risiko terdeprivasi pada semua kelompok usia anak lebih tinggi di perdesaan daripada di perkotaan. Selain itu, terjadi kombinasi pola jika dilihat dari jumlah orang dewasa dalam rumah tangga yang bekerja. Anak memiliki risiko tertinggi untuk mengalami deprivasi multidimensi ketika tidak ada perempuan dewasa yang berpendidikan dalam rumah tangga. Selain itu, kepala rumah tangga yang bekerja di sektor jasa mengurangi risiko anak untuk mengalami deprivasi. Hal ini konsisten polanya pada semua kelompok usia.

Aspek lain yang dianalisis dengan menggunakan MODA adalah tumpang-tindih antara kondisi moneter dan deprivasi berdasarkan dimensi. Dalam kelompok anak usia 0–23 bulan, terdapat 13,5% anak miskin dan rentan yang pada saat bersamaan terdeprivasi pada dimensi kesehatan dan registrasi kelahiran. Hampir 30% anak usia 0–23 bulan mengalami deprivasi kemiskinan moneter, registrasi kelahiran, dan tempat tinggal secara bersamaan. Sementara itu, seperlima anak usia 5–11 tahun yang



Tingkat deprivasi partisipasi sekolah pada anak usia 12–14 tahun adalah sekitar 5%, sedangkan pada anak usia 15–17 tahun meningkat menjadi 26%.

Tujuan jangka panjang PKH adalah memutus rantai kemiskinan antargenerasi agar anak dalam rumah tangga sangat miskin dapat melepaskan diri dari perangkap kemiskinan.



Novita Maizir/SMERU

berada dalam kondisi miskin dan rentan mengalami deprivasi pada dimensi tempat tinggal dan registrasi kelahiran. Namun, pada kelompok usia yang lebih tua ditemukan hasil yang berbeda. Dalam persentase yang kecil (5,5%), anak usia 12–14 tahun mengalami deprivasi pada tiga dimensi, yakni moneter, pendidikan, dan registrasi kelahiran. Sekitar 6,8% dari seluruh anak miskin dan rentan usia 15–17 tahun tertinggal dalam dimensi pendidikan dan, pada saat yang sama, menjadi pekerja anak.

Studi ini menyoroti juga tumpang-tindih antara program pemerintah terkait penanggulangan kemiskinan di satu sisi dan kondisi moneter serta deprivasi multidimensi di sisi lain. Program yang dianalisis adalah Raskin yang diluncurkan pada 1998 dengan tujuan memperbaiki ketahanan pangan dan perlindungan sosial bagi rumah tangga sasaran. Dalam kaitan ini, kami menemukan bahwa 21% anak yang secara moneter miskin dan/atau mengalami deprivasi multidimensi, keluarganya tidak menjadi penerima Program Raskin. Sebaliknya, hampir 11% anak yang keluarganya menerima Program Raskin pada kenyataannya tidak miskin dan rentan. Hal ini mencerminkan galat (kesalahan) inklusi program tersebut.

Program perlindungan sosial pemerintah yang sasarannya anak adalah Program Keluarga Harapan (PKH). Tujuan jangka panjang program ini adalah memutus rantai kemiskinan antargenerasi agar anak dalam rumah tangga sangat miskin dapat melepaskan diri dari perangkap kemiskinan. Berdasarkan analisis ini, sekitar 62% anak tidak menerima PKH kendati mereka mengalami deprivasi multidimensi dan/atau kemiskinan moneter. Bahkan, 12% anak yang berada dalam kondisi lebih buruk –karena mengalami kemiskinan moneter dan deprivasi multidimensi secara bersamaan–tidak menerima bantuan PKH.

Temuan studi ini mendorong pemerintah, peneliti, dan pihak-pihak terkait lainnya untuk mengamati dengan saksama ketika menganalisis deprivasi anak berdasarkan siklus kehidupan. Analisis komprehensif terhadap dimensi yang berhubungan dengan deprivasi multidimensi akan menghasilkan informasi yang akurat. Hal ini memungkinkan perumus kebijakan dan pemangku kepentingan merespons berbagai masalah deprivasi multidimensi pada seluruh kelompok usia dengan cara yang tepat.

Akhirnya, studi ini juga memiliki beberapa keterbatasan. Indikator yang digunakan untuk mengukur kemampuan mengakses pelayanan dan infrastruktur sangat kurang. Oleh karena itu, studi lebih lanjut perlu mempertimbangkan indikator-indikator yang dapat menangkap kualitas berbagai pelayanan sosial dasar yang dimanfaatkan anak. ■

” Anak memiliki risiko tertinggi untuk mengalami deprivasi multidimensi ketika tidak ada perempuan dewasa yang berpendidikan dalam rumah tangga. ”



Novita Mazfir/SMERU

KEMISKINAN ANAK DI PERKOTAAN: KONDISI DAN PERSEPSI ANAK¹

Di perkotaan, anak-anak miskin cenderung mengalami deprivasi (kondisi berkekurangan) dalam berbagai aspek kehidupan penting. Anak-anak tersebut biasanya terdeprivasi dari hak memperoleh sanitasi dan perumahan yang layak, serta hak memperoleh sertifikat kelahiran. Selain itu, anak-anak miskin perkotaan usia 15–17 rentan mengalami deprivasi di bidang pendidikan dan rentan menjadi pekerja anak (Susenas, 2013).

Karena kondisi di atas, pada 2015 SMERU dan UNICEF melakukan studi di Surakarta, Jakarta Utara, dan Makassar untuk mendapatkan pemahaman mendalam mengenai karakteristik kemiskinan dan disparitas (kesenjangan) yang dialami anak-anak usia 6–17 tahun yang tinggal di rumah tangga miskin perkotaan. Studi ini juga melihat perspektif anak terhadap kondisi kehidupan dan kemiskinan mereka sendiri. Hasil studi ini ditujukan, antara lain, kepada para pembuat kebijakan untuk mengembangkan kebijakan dan program yang berkaitan dengan perbaikan kondisi anak miskin perkotaan.

Persepsi Anak terhadap Kemiskinan

Menarik sekali bahwa anak-anak dalam studi ini tidak mempersepsikan dirinya sebagai anak miskin, melainkan sebagai anak dengan kondisi kesejahteraan menengah. Meski ada beberapa anak yang menganggap dirinya miskin, tetapi mereka mengelompokkan dirinya ke dalam “kelompok sederhana.” Di samping itu, anak-anak dalam

studi ini pada umumnya secara subjektif menganggap peringkat kesejahteraannya berada pada tingkat 50% ke atas.

Ketika menggambarkan kehidupan mereka, anak-anak yang berusia 6–14 tahun cenderung memperhatikan aspek materi. Sebagai contoh, mereka menggambarkan anak miskin sebagai anak yang tinggal di rumah kecil semi-permanen dan berlokasi di daerah miskin.

Anak dan Lingkungan Keluarga

Baik anak perempuan maupun anak laki-laki beranggapan bahwa orang tua perlu lebih banyak memberikan waktu dan perhatian kepada anak. Mereka bahkan berpendapat bahwa keluarga dan teman adalah sumber kebahagiaan, serta kedekatan dengan Tuhan merupakan hal yang menguatkan mereka. Oleh karena itu, hidup di tengah keluarga yang tidak utuh karena perceraian atau karena harus hidup terpisah dari orang tua adalah hal yang membuat anak-anak sedih dan kecewa.

Anak-anak, terutama anak perempuan, menggambarkan bahwa saat ini hubungan mereka dengan orang tuanya kurang menyenangkan karena kurangnya kuantitas dan kualitas pertemuan. Masalah keuangan cukup berdampak pada hubungan orang tua dan anak tersebut. Karena harus bekerja untuk mencari nafkah di luar rumah dalam waktu lama, orang tua rumah tangga miskin tidak memiliki waktu

¹ Tulisan ini dirangkum dari laporan penelitian SMERU berjudul “Urban Child Poverty and Disparity: The Unheard Voices of Children Living in Poverty in Indonesia” (2017), ditulis oleh Luhur Bima, Rachma Indah Nurbani, Rendy Adriyan Diningrat, Cecilia Marlina, Emmy Hermanus, dan Sofni Lubis.

cukup untuk berinteraksi dengan anak-anaknya. Padahal anak-anak menganggap hubungan dan lingkungan sosial merupakan hal penting bagi peningkatan kesejahteraan.

Anak-anak yang menjadi bagian dari studi ini juga cenderung hidup di tengah lingkungan dan keluarga yang biasa melakukan kekerasan terhadap anak. Anak-anak tersebut mengalami kekerasan fisik dan verbal dari anggota keluarga yang lebih tua karena dianggap tidak berperilaku baik atau tidak mengerjakan tugas. Anak laki-laki lebih sering mengalami kekerasan fisik dan verbal daripada anak perempuan, dan umumnya kekerasan dalam rumah tangga dilakukan oleh bapak.

Anak dan Lingkungan Sosial

Cara anak perempuan dan anak laki-laki menggambarkan kehidupan sosial mereka juga berbeda. Anak laki-laki lebih banyak membicarakan tentang hal-hal terkait dengan lingkungan sosial di luar rumah, sedangkan anak perempuan lebih berorientasi pada rumah. Hal ini mencerminkan peran-peran gender mereka yang berbeda. Anak laki-laki cenderung menghabiskan waktu di luar rumah untuk bermain atau bekerja (bagi yang lebih tua), sedangkan anak perempuan lebih banyak berada di rumah untuk mengerjakan tugas domestik.

Meskipun demikian, baik anak perempuan maupun laki-laki mempunyai persepsi yang sama mengenai dampak lingkungan sosial. Akibat kondisi dan pengaruh lingkungan sosial, beberapa anak mengaku bahwa mereka mempunyai kebiasaan minum minuman beralkohol dan merokok. Selain itu, anak laki-laki dan perempuan sama-sama mengalami kekerasan di lingkungan pergaulannya yang dipicu oleh kesalahpahaman atau keinginan untuk unjuk kekuatan. Anak laki-laki biasanya mengalami perundungan atau terlibat dalam tawuran, sedangkan anak perempuan biasanya mengalami kekerasan verbal berupa ucapan kasar dan/atau kekerasan fisik, seperti pemukulan.

Anak dan Lingkungan Kerja

Anak-anak memutuskan untuk bekerja karena kondisi ekonomi keluarga tidak bisa mencukupi kebutuhan mereka. Secara spesifik mereka menyebutkan bahwa mereka bekerja karena ingin memiliki lebih banyak uang saku atau ingin membantu orang tua memenuhi kebutuhan sehari-hari. Di wilayah pantai Jakarta Utara dan Makassar, anak-anak biasanya bekerja di pasar ikan atau mengupas udang dan remis. Sementara itu, di Makassar yang bukan wilayah pantai, anak perempuan biasa bekerja mengupas kacang mede dan anak laki-laki menjadi juru parkir.

Anak-anak yang bekerja rentan terhadap bahaya lingkungan kerjanya. Anak-anak perempuan (usia remaja) Jakarta Utara yang bekerja di pabrik pengupas udang setiap harinya tercemar oleh bahan-bahan kimia berbahaya seperti klorin. Mereka juga mengeluh sakit pinggang dan sesak napas.

Anak perempuan di semua lokasi studi menceritakan tentang teman-teman perempuan mereka yang rentan terjerat prostitusi karena pengaruh lingkungan kerja atau teman sebaya. Menurut mereka, eksploitasi seksual sering dialami oleh remaja perempuan yang bekerja sebagai pelayan di restoran.

Anak dan Pemenuhan Kebutuhan Dasar

Perbedaan peran gender memengaruhi pandangan anak laki-laki terhadap pendidikan. Sebagian anak laki-laki menganggap pendidikan mereka harus diutamakan karena merekalah yang kelak akan bekerja di luar rumah dan menjadi pencari nafkah utama. Tak lepas dari seterotip gender, sebagian anak perempuan beranggapan bahwa pendidikan anak perempuan harus diutamakan karena mereka lebih rajin daripada anak laki-laki. Hal yang positif dari kedua persepsi tersebut adalah bahwa anak laki-laki dan anak perempuan sama-sama menyadari pentingnya

Karena harus bekerja untuk mencari nafkah di luar rumah dalam waktu lama, orang tua rumah tangga miskin tidak memiliki waktu cukup untuk berinteraksi dengan anak-anaknya.



Novita Malair/SMERU

pendidikan walaupun harus berhadapan dengan berbagai masalah, seperti biaya transportasi.

Kondisi infrastruktur sekolah negeri saat ini sudah memadai dan makin membaik. Namun, akses terhadap pendidikan yang berkualitas masih merupakan masalah yang dihadapi rumah tangga miskin. Anak-anak dari rumah tangga miskin cenderung memiliki nilai kelulusan yang tidak bisa bersaing sehingga mereka sulit diterima di sekolah negeri. Sementara itu, sekolah-sekolah swasta banyak yang berbiaya tinggi karena masih terbatasnya sekolah swasta yang menerima bantuan pemerintah.

Anak laki-laki dan anak perempuan sama-sama kritis terhadap kurangnya akses mereka terhadap berbagai pelayanan publik lain. Mereka mengatakan biasa makan kurang dari tiga kali sehari dan kurang nutrisi sehingga mengalami berbagai masalah kesehatan. Namun, akses mereka terhadap pelayanan kesehatan rendah sehingga ketika sakit mereka hanya menggunakan obat tradisional. Meskipun demikian, anak-anak di Surakarta memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang lebih baik daripada anak-anak di Jakarta dan Makassar. Anak-anak di Surakarta cukup menggunakan kartu identitas mereka untuk mengakses pelayanan tersebut.

Selain itu, anak-anak juga banyak yang mengeluhkan tidak layaknnya fasilitas umum di lingkungan mereka. Di lingkungan mereka tidak tersedia air bersih, toilet umum, dan tempat bermain anak dalam jumlah memadai.

Anak-anak dari rumah tangga miskin juga tereksklusikan dari akses untuk menikmati tempat bermain. Banyak taman bermain yang sudah berubah fungsi menjadi tempat parkir atau pasar. Hal ini menggiring anak-anak untuk mencari tempat berkumpul lain yang kurang aman atau berdampak negatif, seperti warung internet atau fasilitas bermain *game*. Akibatnya, sebagian anak-anak tersebut menjadi kecanduan *game*.

Saran Kebijakan: Kota Ramah Anak

Kondisi buruk permukiman kumuh dan ilegal di perkotaan membuat anak-anak rentan terhadap berbagai risiko dan masalah sosial. Selain itu, akses anak untuk memperoleh pelayanan kebutuhan dasar yang memadai juga terbatas. Oleh karena itu, kebijakan pemerintah perlu memperhatikan pengembangan kota yang peka terhadap kebutuhan dasar anak, baik dari sudut pandang umur maupun gender.

Di samping masalah infrastruktur dan akses, keluarga adalah aspek penting yang memengaruhi kesejahteraan anak. Oleh karena itu, kebijakan yang bertujuan mengurangi kerentanan anak keluarga miskin perkotaan harus memperhatikan keluarga sebagai unit intervensi.

Selain itu, penggunaan istilah "miskin" dalam program-program perlindungan sosial yang diperuntukkan bagi rumah tangga miskin perlu dipertimbangkan kembali. Jika anak-anak cenderung menghindari label "miskin" sebagaimana ditemukan dalam studi ini, maka penggunaan istilah miskin pada program-program perlindungan sosial bisa membawa pengaruh yang kurang baik bagi persepsi anak terhadap dirinya. ■

Di Jakarta Utara, khususnya wilayah pantai, anak-anak banyak yang bekerja di pasar ikan atau mengupas udang dan remis bersama orang tua.





Khairu Syukillah/SMERU

KAJIAN AWAL PELAKSANAAN PROGRAM E-WARONG KUBE-PKH¹

Pada April 2016, Presiden Joko Widodo memberikan arahan kepada para menteri mengenai (i) pentingnya mewujudkan sistem keuangan nasional yang inklusif dan (ii) penyaluran semua bantuan sosial (bansos) dan subsidi secara nontunai dengan menggunakan pelayanan perbankan untuk memudahkan kontrol dan pemantauan, serta mengurangi penyimpangan. Terkait hal ini, Menteri Sosial (Mensos) menerjemahkannya dengan meluncurkan Program Elektronik Warung Gotong Royong Kelompok Usaha Bersama Program Keluarga Harapan (e-Warong Kube-PKH atau e-Warong) sebagai sarana untuk menyalurkan bantuan sosial nontunai. Tujuannya, antara lain, untuk meningkatkan efektivitas bantuan sosial dan meningkatkan akses keluarga miskin terhadap pelayanan keuangan inklusif.

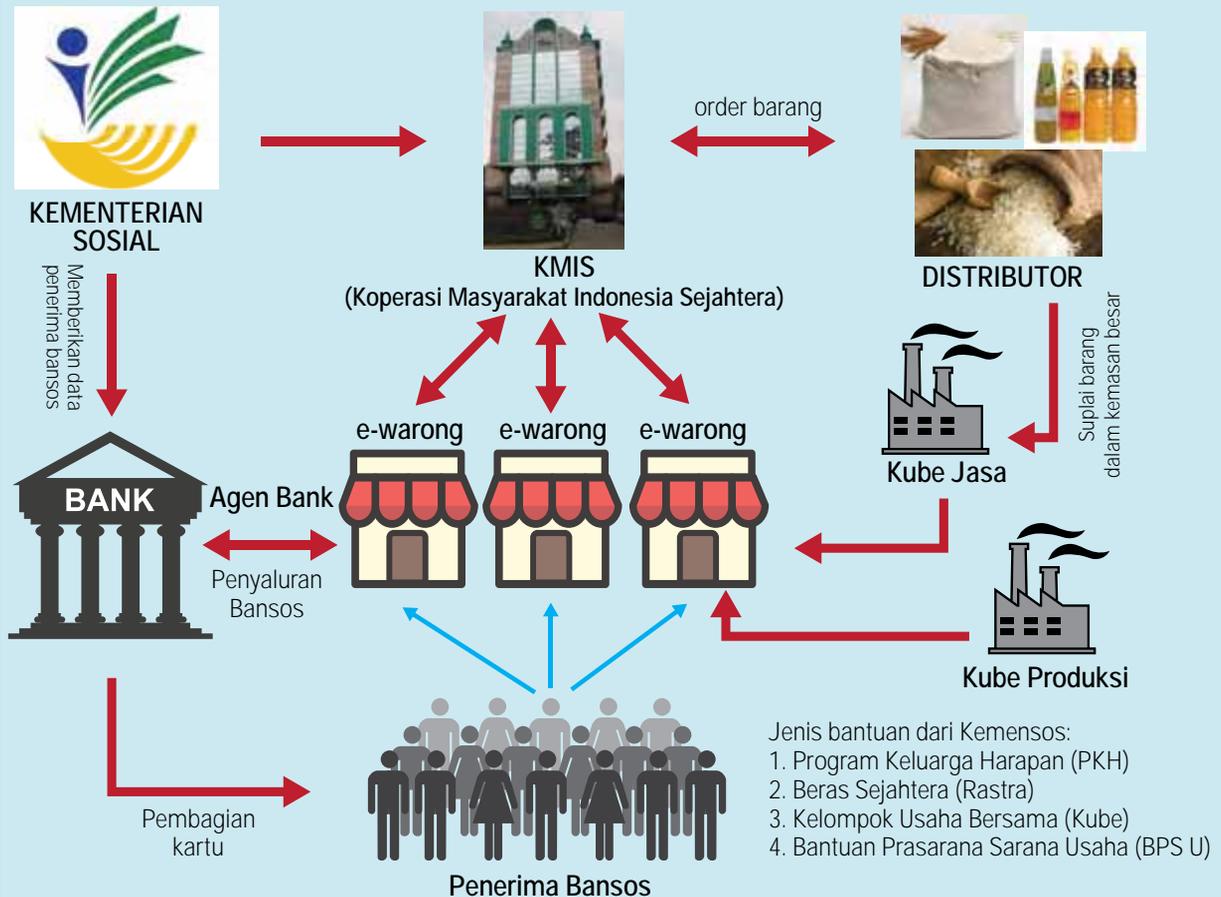
Untuk mengetahui pelaksanaan program e-Warong, pada 31 Oktober–6 November 2016, The SMERU Research Institute, atas permintaan Bappenas dan bekerja sama dengan Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan (KOMPAK), melakukan kajian awal di empat kota (Batam, Balikpapan, Malang, dan Denpasar) dan satu kabupaten (Kediri). Kajian tersebut bertujuan untuk (i) mengetahui persepsi para pemangku kepentingan terhadap konsep Program e-Warong,

(ii) mengetahui kesiapan para pemangku kepentingan dalam melaksanakan Program e-Warong, dan (iii) menyediakan bahan masukan dan pembelajaran untuk memperbaiki pelaksanaan Program e-Warong. Kajian tersebut menggunakan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data menggunakan metode wawancara mendalam dan observasi. Narasumbernya terdiri atas berbagai pemangku kepentingan di tingkat pusat, daerah, dan masyarakat

Pelaksanaan Program e-Warong merupakan hasil kerja sama Kemensos dengan bank pelaksana (saat studi dilakukan terdiri atas BNI dan BRI), Bulog, dan Koperasi Masyarakat Indonesia Sejahtera (KMIS). Secara singkat, peran para pihak tersebut adalah: (i) Kemensos merupakan penanggung jawab keseluruhan pelaksanaan program, (ii) bank pelaksana menyediakan sarana transaksi digital dan menerbitkan kartu keluarga sejahtera (KKS) untuk menjalankan transaksi nontunai di e-Warong; (iii) Bulog menjadi distributor yang memasok bahan pokok ke e-Warong; dan (iv) KMIS yang beranggotakan keluarga penerima manfaat (KPM) PKH berperan sebagai wakil e-Warong dalam melakukan kerja sama dengan bank pelaksana dan Bulog.

¹ Tulisan ini merupakan ringkasan dari laporan yang berjudul "Kajian Awal Pelaksanaan Program e-Warong Kube-PKH" yang ditulis oleh M. Sulton Mawardi, Ruhmaniyati, Ana Rosidha Tamysy, Syaikhul Usman, Asep Kurniawan, dan Budiani (SMERU dan KOMPAK, 2017).

POLA HUBUNGAN KEMENSOS - KMIS - E-WARONG - BANK - DISTRIBUTOR



1. Kemensos memberikan data penerima PKH kepada bank & KMIS.
2. Bank membuka rekening, menerbitkan KKS, dan mendistribusikannya kepada setiap penerima PKH.
3. Kemensos mentransfer dana PKH ke bank untuk disalurkan ke rekening penerima PKH.
4. KMIS memesan barang kepada Bulog atau distributor lain dan langsung membayarnya.
5. Bulog mendistribusikan barang pesanan KMIS ke e-Warong yang dikelola oleh Kube Jasa.
6. Peserta PKH mencairkan bansos nontunai di lokasi e-Warong.
7. E-Warong juga dapat memasarkan produk Kube Produksi.

Sumber: Direktorat Jenderal Penanganan Fakir Miskin Kementerian Sosial, 2016.

Peraturan Menteri Sosial No. 25 Tahun 2016 tentang Bantuan Pengembangan Sarana Usaha melalui e-Warong menyebutkan bahwa e-Warong mempunyai beberapa fungsi, yaitu sebagai (i) tempat menjual bahan pangan murah berkualitas dan kebutuhan pokok rumah tangga; (ii) agen bank penyalur bansos nontunai; (iii) tempat pemasaran hasil produksi Kube penerima bantuan; dan (iv) tempat pelayanan koperasi simpan pinjam.

Sebagai kios, e-Warong merupakan sarana yang didirikan dan dikelola secara gotong royong oleh penerima bansos yang tergabung dalam Kube Jasa. E-Warong berkedudukan di tingkat kelurahan dengan sistem transaksi nontunai yang memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) berbasis internet. Setiap e-Warong melayani 500–1.000 KPM. Melalui Program e-Warong, KPM akan memiliki rekening tabungan di bank

pelaksana yang menampung penyaluran semua bansos, baik tunai maupun nontunai. KPM dapat mencairkan bantuannya melalui ATM bank maupun kios e-Warong (untuk bantuan tunai seperti PKH) atau melalui pembelian sembako di kios e-Warong (untuk bansos tunai dan nontunai/e-voucher).

Pada 2016, Kemensos merencanakan pembukaan 302 unit e-Warong, dan dalam pelaksanaannya, per 29 November 2016 terbentuk 108 unit e-Warong yang tersebar di 35 kota/kabupaten. Pada 2017, Kemensos berencana membuka 3.500 unit e-Warong yang tersebar di seluruh Indonesia. Untuk mendirikan e-Warong, Kemensos memberikan bantuan kepada Kube Jasa sebesar Rp10.000.000 untuk pengembangan sarana usaha dan Rp20.000.000 untuk pembelian peralatan, perlengkapan, dan modal kerja.

Secara umum, hasil kajian ini menunjukkan hal-hal berikut.

1. Para pemangku kepentingan menyatakan bahwa secara strategis maupun teknis, konsep Program e-Warong layak dilaksanakan. Program ini memungkinkan adanya peningkatan efektivitas bantuan sosial, seperti (i) mempermudah KPM dalam mengakses bansos dan melakukan transaksi, (ii) memberi kesempatan kepada KPM untuk melakukan kegiatan usaha, (iii) mendorong penggunaan bansos yang lebih efektif, dan (iv) mengenalkan sistem perbankan kepada masyarakat miskin.
2. Pada tataran pelaksanaan, sebenarnya para pemangku kepentingan belum siap melaksanakan Program e-Warong yang sesuai dengan konsep dan tujuannya. Indikasinya adalah, antara lain, bahwa program ini belum dilengkapi dengan pedoman umum, petunjuk teknis, modul, dan sistem monitoring dan evaluasi (monev) untuk acuan bersama. Sebagai implikasi, pemahaman dan pelaksanaan teknis e-Warong menjadi bervariasi. Hal ini masih dianggap wajar karena semua pemangku kepentingan, baik di tingkat pusat maupun daerah, memahami bahwa pelaksanaan e-Warong pada 2016 masih pada tahap rintisan. Terkait hal ini, kondisi berikut secara umum ditemukan di semua lokasi studi.
 - a) Sosialisasi e-Warong belum mencakup semua pemangku kepentingan dan materinya kurang komprehensif sehingga pemahaman para pemangku kepentingan sangat terbatas;
 - b) Persiapan pelaksanaan Program e-Warong (termasuk untuk mendirikan kios) di setiap lokasi berlangsung singkat, antara 1–2 minggu, karena Kemensos mengejar target peresmian program;
 - c) Pembentukan Kube Jasa berlangsung secara instan sehingga para KPM yang ditunjuk sebagai anggota Kube Jasa tidak saling mengenal (di Denpasar) dan bahkan tidak mengetahui bahwa mereka adalah anggota Kube Jasa (di Kediri). Di Malang, hingga acara peresmian dan beroperasinya e-Warong, Kube Jasa belum resmi terbentuk;
 - d) Pelatihan bagi operator terkait fungsi e-Warong baru terbatas pada pengoperasian perangkat digital untuk transaksi penyaluran bantuan sosial nontunai. Pendampingan dan edukasi terkait fungsi e-Warong sebagai agen bank dan komponen penghidupan masyarakat miskin belum ada;
 - e) Jumlah penerima PKH di seluruh wilayah studi sekitar 33.000 KPM, tetapi yang sudah menerima KKS hanya 264 KPM. Dana yang telah disalurkan ke rekening setiap penerima KKS sebesar Rp110.000–Rp420.000 bukan berasal dari dana bansos PKH. Dana tersebut merupakan dana *corporate social responsibility* (CSR) atau tanggung jawab sosial bank pelaksana untuk simulasi pengambilan bansos nontunai saat acara peresmian e-Warong oleh Mensos;
 - f) Setelah acara peresmian e-Warong, sebagian e-Warong di lokasi studi (Kediri, Batam, dan Denpasar) langsung tutup. Penyebabnya adalah bahwa perangkat digital (tablet) untuk pencatatan transaksi ditarik kembali oleh Kemensos, *electronic data capture* (EDC) atau perekam data elektronik rusak, aplikasi pada tablet tidak tersedia, dan pemangku kepentingan memahami bahwa e-Warong baru akan beroperasi pada 2017. Akibatnya, hingga awal November 2016, barang dagangan di e-Warong, seperti beras, gula, tepung terigu, dan minyak goreng masih utuh. Di Malang, e-Warong beroperasi sekitar tiga minggu dan kemudian tutup karena EDC rusak dan dana di dalam KKS telah habis sehingga pengelola e-Warong tidak bisa bertransaksi lagi.

Belum ada pendampingan dan edukasi terkait fungsi e-Warong sebagai agen bank dan komponen penghidupan.



Program e-Warong belum dilengkapi dengan pedoman umum, petunjuk teknis, modul, dan sistem *monitoring* dan evaluasi (*monev*) untuk acuan bersama.



<https://www.kabar-banten.com>

Di Balikpapan, setelah semua penerima KKS bertransaksi, e-Warong tidak beroperasi lagi karena tidak ada pasokan barang dagangan baru dari Bulog dan dana dalam KKS sudah habis.

Dalam skala operasional penuh, dan untuk mendukung penyaluran bansos nontunai secara luas, keberhasilan pelaksanaan Program e-Warong ke depan memerlukan kelengkapan peraturan program, pengembangan tata kelola organisasi, peningkatan kapasitas pengelolaan e-Warong sesuai dengan fungsinya (sebagai titik distribusi bansos nontunai, agen bank, dan komponen penghidupan masyarakat miskin), serta penyediaan mekanisme *monev* yang efektif. Secara khusus, beberapa aspek berikut perlu mendapatkan perhatian agar pelaksanaan e-Warong dapat berjalan sesuai dengan konsepnya.

1. Kelembagaan e-Warong

- a) Kemensos perlu segera merampungkan peraturan program, seperti petunjuk teknis operasional, serta mendorong berbagai pihak terkait agar segera merampungkan formalitas kerja sama di antara mereka secara tertulis. Selanjutnya, peraturan dan perincian kerja sama ini perlu disosialisasikan kepada semua pemangku kepentingan di daerah. Selain untuk menyeragamkan pemahaman, hal ini juga penting untuk mendapatkan dukungan nyata dari pemangku kepentingan di daerah agar fungsi e-Warong dapat berjalan dengan baik.
- b) Pembentukan e-Warong dilakukan dengan mempertimbangkan cakupan dan akses wilayah, jangkauan KPM ke e-Warong, dan jumlah KPM serta masyarakat yang dilayani. Selain itu, e-Warong tidak harus bertempat di rumah KPM, melainkan bisa juga di rumah pendamping atau di lokasi lain yang memenuhi prasyarat tertentu seperti faktor keamanan, keterjangkauan, dan adanya ruang penyimpanan yang memadai. Kube Jasa yang dibentuk secara mendadak dan menunjukkan indikasi kurang mampu menjalankan perannya sebagai

pengelola e-Warong perlu mendapatkan perlakuan khusus, dengan misalnya, dibentuk ulang atau dibimbing lebih intensif.

- c) Kemensos/KMIS perlu memberikan pendampingan/pelatihan/edukasi untuk meningkatkan kapasitas pengelola e-Warong dan KPM. Dengan demikian, keberadaan e-Warong diharapkan akan mampu mendorong KPM menolong diri sendiri dalam upaya meningkatkan kesejahteraan. Di sisi lain, Kemensos juga perlu menyediakan mekanisme insentif bagi pendamping PKH jika mereka dilibatkan dalam pelaksanaan e-Warong.

2. Pengaturan pasokan barang ke e-Warong

- a) Pemerintah perlu membuat landasan hukum yang memungkinkan Bulog melakukan mekanisme transaksi dengan e-Warong di luar prosedur standar Bulog, misalnya pada aspek pemesanan, pembayaran, pertanggungjawaban risiko atas kerusakan barang, dan lain-lain.
- b) KMIS perlu merumuskan mekanisme pengadaan barang yang mudah dan cepat dari pemasok (non-Bulog) ke e-Warong.
- c) Pemerintah (pusat/daerah) atau KMIS perlu memfasilitasi/membangun beberapa pusat distribusi dari pemasok (non-Bulog) ke e-Warong, serta mempersiapkan sumber daya Kube Jasa untuk mengelola e-Warong sesuai dengan fungsinya.

3. Monitoring dan Evaluasi

Pelaksanaan e-Warong perlu dikawal dengan sistem *monev* internal maupun eksternal secara reguler dengan mengedepankan aspek transparansi dan akuntabilitas, serta memastikan agar hasil *monev* dijadikan sebagai rujukan untuk perbaikan program yang sedang berlangsung. Selain itu, program ini juga perlu menyediakan mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan yang mudah diakses, cepat, dan responsif. ■



Toni Parawanto/ SMERU

PENGUATAN PELAYANAN KESEHATAN DALAM MENGHADAPI MASYARAKAT EKONOMI ASEAN¹

Kerjasama perdagangan multilateral negara-negara Asia Tenggara melalui kesepakatan Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) dimulai pada 31 Desember 2015. MEA bertujuan meningkatkan integrasi ekonomi ASEAN sebagai basis produksi dan pasar tunggal. Pemberlakuan MEA berarti penghapusan batasan perdagangan barang, jasa, dan investasi antarnegara. Tenaga kerja profesional akan lebih bebas bekerja lintas negara ASEAN. Selain memberi peluang ekonomi dan kesejahteraan, pengembangan MEA juga membawa tantangan bagi Indonesia.

Saat ini ada 12 sektor prioritas MEA, termasuk kesehatan. Sektor kesehatan sudah memiliki *Mutual Recognition Arrangement* (MRA) atau kesepakatan saling pengakuan untuk tenaga kesehatan (nakes) perawat, dokter, dan dokter gigi. Sektor ini juga sedang menyusun MRA untuk farmasi, alat kesehatan, serta obat tradisional dan suplemen kesehatan. Mengingat kesehatan merupakan isu sensitif, Indonesia harus cermat dalam membuat kebijakan.

Dalam rangka mempersiapkan kebijakan kesehatan terkait MEA, pada 2016 Bappenas bekerja sama dengan SMERU melakukan kajian yang bertujuan (i) mengidentifikasi implikasi MEA terhadap sistem kesehatan, terutama pelayanan kesehatan; (ii) menganalisis kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman MEA terhadap

sistem kesehatan Indonesia; dan (iii) memberi input kebijakan peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan untuk mewujudkan pelayanan berkualitas dan kompetitif. Pengumpulan data dan analisis dalam kajian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Informasi dikumpulkan melalui wawancara dan diskusi kelompok terfokus dengan pemangku kepentingan di tingkat pusat dan daerah. Selain itu, dilakukan juga studi literatur dan analisis data sekunder sektor kesehatan Indonesia dan negara-negara ASEAN. Wilayah studi dipilih berdasarkan isu spesifik, yaitu Provinsi Jawa Tengah dengan fokus pada Kota Semarang dan Kabupaten Semarang sebagai daerah penghasil jamu atau obat tradisional, Provinsi Jawa Barat dengan fokus pada Kota Bandung dan Kabupaten Bandung Barat yang merupakan lokasi industri farmasi dan alat kesehatan, serta Provinsi Bali sebagai daerah tujuan wisata turis mancanegara yang dapat menjadi magnet untuk wisata kesehatan dengan fokus pada Kota Denpasar dan Kabupaten Karang Asem.

Implikasi MEA terhadap Pelayanan Kesehatan: *Transmission Channels*

Kesepakatan terkait sektor kesehatan yang mendukung MEA meliputi, antara lain, MRA nakes, *ASEAN Trade in Goods Agreement* (ATIGA), *ASEAN Framework Agreement on Services* (AFAS), dan *ASEAN Comprehensive Investment Agreement* (ACIA). Kesepakatan tersebut memengaruhi

¹ Tulisan ini merupakan ringkasan dari laporan "Penguatan Pelayanan Kesehatan Menghadapi Masyarakat ASEAN: Implikasi dari Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA)" (draft laporan Juni 2017, ditulis oleh Meuthia Rosfadhila, Rika Kumala Dewi, Nurmala Selly Saputri, Michelle Andrina, dan Widjajanti Isdijoso).

berbagai elemen pelayanan kesehatan secara langsung dan tidak langsung melalui moda perdagangan barang dan jasa yang berbeda-beda yang dapat memberikan pengaruh positif dan negatif.

Terkait sumber daya manusia (SDM) sektor kesehatan, MEA berimplikasi langsung pada pergerakan tenaga ahli. Di bidang farmasi, MEA dapat meningkatkan aktivitas ekspor-impor dan investasi asing yang membangun industri bahan baku farmasi di Indonesia. Implikasi yang sama juga terjadi pada bidang alat kesehatan; MEA dapat meningkatkan perdagangan alat kesehatan dan investasi asing di Indonesia. Untuk fasilitas pelayanan kesehatan, MEA berimplikasi pada meningkatnya konsumsi orang di luar negara asalnya dan meningkatnya investasi asing melalui pembangunan rumah sakit (RS) atau klinik. Untuk bidang obat tradisional dan pelayanan kesehatan tradisional, selain meningkatkan ekspor-impor obat tradisional dan investasi, MEA juga dapat meningkatkan konsumsi orang di luar negara asalnya. Selain berimplikasi langsung, MEA juga mempunyai implikasi tidak langsung sebagai dampak lanjutan dari pergerakan bebas barang dan jasa.

SDM Sektor Kesehatan

Walaupun MRA nakes sudah ditandatangani, mobilitas perawat, dokter, dan dokter gigi belum terjadi. Anggota ASEAN masih protektif terhadap masuknya tenaga kerja warga negara asing (WNA). Singapura, Brunei Darussalam, dan Malaysia sudah mengimpor nakes, tetapi tidak menggunakan skema MRA. Pergerakan nakes dengan skema MRA diperkirakan akan terjadi mulai 2020. Dengan besarnya jumlah penduduk, ditambah kurangnya jumlah dan kualitas nakes serta ketidakmerataan persebarannya, Indonesia merupakan pasar yang menarik. Peluang perbaikan akses dan kualitas pelayanan kesehatan pada era MEA lebih terbuka karena pergerakan tenaga ahli dapat, antara lain, pemeratakan distribusi dan meningkatkan mutu nakes melalui transfer pengetahuan dan peningkatan daya saing. Sebaliknya, masuknya tenaga kerja WNA dapat mengancam pasar kerja nakes lokal. Selain itu, nakes berkualitas bisa hengkang ke luar negeri akibat rendahnya penghasilan di dalam negeri (*brain drain*); konsekuensinya, mutu pelayanan kesehatan di Indonesia bisa menurun.

Indonesia memiliki kebijakan tentang tenaga kerja WNA untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan dan melindungi nakes lokal. Permenkes No. 67/2013 hanya mengizinkan tenaga kerja WNA yang berkualifikasi spesialis, dan mereka hanya boleh berpraktik di RS kelas A dan B atau fasilitas kesehatan (faskes) yang ditetapkan menteri. Tenaga kerja WNA harus memiliki kompetensi yang belum banyak dikuasai nakes Indonesia dan harus mampu berbahasa Indonesia. Dalam pelaksanaannya, penggunaan tenaga kerja WNA belum tentu sesuai peraturan jika pengelola faskes lalai

memperhatikan syarat dan ketentuannya. Selain itu, keterbatasan daerah jangkauan kerja dan sumber daya pengawasan Kementerian Kesehatan dan Kantor Imigrasi memungkinkan masuknya tenaga kerja WNA ilegal.

Farmasi

Di ASEAN, industri farmasi Indonesia tergolong maju, terutama produk vaksin yang mendapat pengakuan WHO. Selain itu, Indonesia merupakan satu-satunya negara ASEAN yang pasar dalam negerinya dikuasai industri domestik. Dampak MEA terhadap bidang farmasi Indonesia dapat terjadi melalui penerapan harmonisasi obat ASEAN yang mensyaratkan adanya Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) serta pembentukan lembaga pengawasan produsen dan produknya di setiap negara. Adanya CPOB berstandar internasional dapat memperbaiki mutu produk farmasi. Namun, tingginya investasi untuk mengadopsi CPOB menyebabkan tidak semua industri farmasi siap melakukannya. Tanpa fasilitasi pelaksanaan CPOB, industri farmasi domestik bisa gulung tikar. Lagi pula, MEA dapat mendorong ekspor-impor produk farmasi dan masuknya investasi asing.

Besarnya jumlah penduduk dan adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang memperluas akses berobat masyarakat meningkatkan kebutuhan obat domestik. Namun, penyediaan dan pendistribusian obat di beberapa wilayah lemah, sementara ketergantungan industri farmasi pada bahan baku impor tinggi. Konsekuensinya, apabila industri farmasi tidak mampu memenuhi kebutuhan domestik, MEA akan meningkatkan impor. Meskipun demikian, situasi itu belum akan terjadi dalam waktu dekat karena adanya pembatasan impor produk farmasi, yaitu hanya untuk obat-obat yang (i) termasuk dalam program kesehatan masyarakat, (ii) merupakan temuan baru, dan (iii) belum diproduksi di dalam negeri. Impor dapat menjamin pemenuhan produk farmasi berstandar internasional, tetapi pemerintah perlu waspada terhadap masuknya produk kurang bermutu akibat lemahnya pengawasan.

Melalui Perpres No. 44/2016, pemerintah membuka kesempatan investasi asing pada industri farmasi dan bahan baku farmasi. Tujuannya adalah mengurangi ketergantungan pada bahan baku impor, menurunkan harga, dan memenuhi ketersediaan obat. Namun, pada kenyataannya, perkembangan industri bahan baku obat masih terhambat ketidaksinkronan kebijakan antarkementerian.

Alat Kesehatan

Di ASEAN, nilai pasar alat kesehatan Indonesia masih kecil, tetapi kebutuhannya terus meningkat. Hal itu didorong oleh adanya (i) JKN; (ii) kebijakan pembangunan kesehatan 2015–2019 untuk peningkatan ketersediaan,

Indonesia masih menghadapi masalah jumlah dan mutu faskes.

keterjangkauan, pemerataan, dan kualitas produk farmasi dan alat kesehatan; serta (iii) target pembangunan kesehatan sesuai SDGs. MEA dapat mendorong investasi asing dalam mengembangkan industri bahan baku dan alat kesehatan Indonesia untuk tujuan ekspor. Adanya standar mutu alat kesehatan mendorong industri domestik untuk memperbaiki kualitas produknya sehingga mempermudah ekspor. Namun, jika Indonesia tidak mempunyai kebijakan yang mendukung pembangunan industri alat kesehatan, peluang ini justru dapat menjadi ancaman yang makin mendorong impor, termasuk impor produk bermutu rendah, bekas, dan ilegal, serta memicu kecenderungan untuk berobat ke luar negeri.



Sri Budiyati/ SMERU

Masalah yang dihadapi industri alat kesehatan Indonesia adalah, antara lain, lemahnya kegiatan penelitian dan pengembangan (litbang) karena kecilnya anggaran dan ketidaksinkronan antara kegiatan litbang dan kebutuhan faskes. Manajemen mutu alat kesehatan dalam negeri lemah karena terbatasnya laboratorium uji klinis berakreditasi ISO 17025 dan terbatasnya lembaga kalibrasi sehingga menghambat ekspor, terjadinya rekayasa impor produk dalam negeri dengan label luar negeri, dan adanya RS yang menggunakan jasa asing untuk kalibrasi dan pemeliharaan alat.

Masalah lainnya adalah lemahnya pembinaan industri dan pengembangan usaha, ketersediaan bahan baku, serta daya saing dan manajemen logistik. Untuk mempermudah logistik alat kesehatan di faskes dan mengontrol harga pasar, pengadaan alat kesehatan dilakukan melalui e-katalog. Namun, tidak terstandarnya kualitas SDM di Dinas Kesehatan, faskes, dan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) menyebabkan perencanaan sering tidak mencukupi kebutuhan. Pengawasan industri alat kesehatan juga

masih terkendala jumlah dan kualitas SDM, padahal saat ini pemenuhannya masih tergantung pada impor.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Implikasi MEA terhadap faskes dapat dilihat dari kecenderungan orang untuk berobat ke luar negeri dan dari investasi asing. Pasar wisata medis ASEAN saat ini dikuasai Malaysia, Singapura, dan Thailand yang didukung dengan daya saing harga yang kompetitif dan reputasi pelayanan yang berkualitas. Saat ini kecenderungan orang Indonesia untuk berobat ke luar negeri masih terus terjadi, khususnya ke Malaysia dan Singapura.

Pada umumnya, Indonesia masih menghadapi masalah jumlah dan mutu faskes. Indonesia kekurangan RS rujukan JKN, dan belum semua faskes terakreditasi. Sebenarnya, beberapa RS di Indonesia sudah memiliki fasilitas modern (dengan biaya kompetitif) yang tidak berbeda dengan fasilitas di negara tujuan wisata medis. Akan tetapi, informasi mengenai hal tersebut sangat minim karena Indonesia kurang mempromosikannya.

Untuk membantu percepatan pembangunan RS, melalui Perpres No. 44/2016, pemerintah membuka investasi asing untuk pembangunan RS, khususnya di beberapa ibukota provinsi di Indonesia bagian Timur, kecuali Makassar dan Manado. Namun, pengawasannya masih terbatas karena kurangnya SDM di Dinas Kesehatan. Saat ini pemerintah berencana membangun sepuluh RS wisata medis di destinasi wisata untuk menarik minat pasien mancanegara.

Obat dan Pelayanan Kesehatan Tradisional

Di kawasan ASEAN, pasar industri obat tradisional Indonesia termasuk yang terbesar selain Malaysia, Singapura, dan Vietnam. Lebih dari separuh penduduk di empat negara ini menggunakan obat tradisional. Sementara itu, pasar terbesar pelayanan kesehatan tradisional dalam bentuk spa dikuasai Thailand dan Indonesia. Penggunaan obat tradisional di beberapa negara ASEAN mendapat dukungan pemerintah dengan dimasukkannya pelayanan tersebut ke dalam sistem asuransi kesehatan dan dipromosikan.

Implikasi MEA terhadap obat tradisional dapat terjadi melalui penerapan harmonisasi obat tradisional ASEAN yang mensyaratkan adanya Cara Pembuatan Obat Tradisional yang Baik (CPOTB). Persyaratan berstandar internasional ini mendorong peningkatan mutu obat tradisional dan kegiatan ekspor-impor. Permasalahan obat tradisional Indonesia di antaranya adalah belum terpenuhinya permintaan pasar karena kapasitas produksinya rendah. Walaupun penggunaan oleh masyarakat tinggi, penerimaan obat tradisional oleh faskes rendah karena dokter belum banyak menggunakan obat tradisional selain fitofarmaka². Obat tradisional belum masuk dalam formularium nasional³ sehingga belum ditanggung oleh JKN. Saat ini industri obat tradisional Indonesia masih mengandalkan ekspor bahan mentah dan masih menggunakan beberapa bahan baku impor.

Dampak MEA pada pelayanan kesehatan tradisional dapat terjadi melalui wisata *wellness* dan masuknya investasi asing. Indonesia belum memiliki peraturan mengenai wisata *wellness*. Pelayanan kesehatan tradisional *wellness* berupa spa saat ini masih berpusat di Bali. Namun, pelayanannya masih dalam bentuk spa tradisional, belum spa medis. Tidak adanya aturan batas lokasi investasi asing menyebabkan industri spa terpusat di wilayah tertentu.

Rekomendasi Kebijakan

- ◆ Peningkatan ketersediaan dan kualitas nakes memerlukan dukungan pemerintah, terutama untuk mewujudkan alih pengetahuan dari tenaga kerja WNA kepada tenaga kerja WNI dan pengawasan prosesnya guna menjaga keamanan pasien dan menghindari praktik ilegal. Selain itu, dukungan pemerintah juga diperlukan untuk perbaikan kebijakan gaji nakes dan pengembangan sistem insentif untuk mencegah *brain drain*.
- ◆ Pengembangan standar mutu dan skala usaha industri kesehatan memerlukan pembinaan intensif dan peningkatan pengawasan produk melalui ketersediaan SDM, kerja sama antarlembaga terkait, dan pelibatan masyarakat.
- ◆ Pengurangan ketergantungan pada bahan baku farmasi dan alat kesehatan impor memerlukan pemberian insentif berupa kemudahan dalam hal pajak, jaminan pembelian, fasilitasi litbang, serta pembangunan fasilitas pengujian klinis terakreditasi untuk pengembangan industri alat kesehatan.
- ◆ Peningkatan kualitas dan pemerataan faskes pelayanan JKN memerlukan peningkatan jejaring rujukan pelayanan kesehatan melalui kerja sama dengan RS swasta dan pelibatan pemerintah daerah, serta dukungan bagi upaya peningkatan sistem pengawasan yang komprehensif.
- ◆ Pengembangan wisata medis dapat didorong dengan pembentukan badan pariwisata kesehatan Indonesia yang melibatkan faskes dan pelaku industri pariwisata serta mencakup promosi keunggulan dan keunikan faskes dan pelayanan medis yang bersinergi dengan keunggulan obat dan pelayanan tradisional. ■

” Peningkatan kualitas dan pemerataan faskes pelayanan JKN memerlukan peningkatan jejaring rujukan pelayanan kesehatan melalui kerja sama dengan RS swasta dan pelibatan pemerintah daerah. ”

² Fitofarmaka adalah sediaan obat bahan alam yang telah dibuktikan keamanan dan khasiatnya secara ilmiah dengan uji praklinik dan uji klinik, bahan baku dan produk jadinya telah distandardisasi.

³ Formularium nasional (fornas) adalah daftar obat yang disusun oleh Komite Nasional Penyusunan Fornas berdasarkan bukti ilmiah mutakhir dan kriteria bahwa obat-obat tersebut berkhasiat, aman, terjangkau harganya, serta disediakan dan digunakan sebagai acuan untuk resep obat dalam sistem JKN.



Dok. SMERU

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT: DULU, SEKARANG, DAN MASA MENDATANG

Muhammad Syukri¹

Pemberdayaan dipahami secara beragam oleh berbagai pihak. Salah satu definisi yang sering menjadi acuan adalah yang dirumuskan Bank Dunia karena lembaga ini merupakan salah satu pendukung utama kegiatan pemberdayaan di dunia. Menurut Bank Dunia, pemberdayaan adalah “perluasan aset dan kemampuan orang miskin untuk turut serta dalam memengaruhi, mengontrol, menuntut pertanggungjawaban, dan bernegosiasi dengan institusi yang berdampak pada kehidupan mereka.” Berdasarkan definisi tersebut, ada dua komponen besar yang diupayakan dalam kegiatan pemberdayaan, yaitu peningkatan di bidang ekonomi dan penguatan di bidang sosial dan politik.

Pelaksanaan praktis definisi tersebut dapat dilihat pada kegiatan pemberdayaan di Indonesia, seperti pada berbagai aktivitas di bawah naungan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri. Jauh sebelumnya, di Indonesia terdapat juga berbagai program pemberdayaan seperti Bimbingan Massal (BIMAS), Intensifikasi Massal (INMAS), dan Kredit Usaha Tani (KUT). Ketika sebuah upaya idealis yang bertujuan memberdayakan masyarakat menjadi sebuah “program”, maka upaya tersebut cenderung berubah menjadi kegiatan rutin yang diseragamkan. Hal ini merupakan konsekuensi dari kegiatan yang bersentuhan dengan birokrasi. Dalam situasi seperti itu, pemberdayaan

sering kali kehilangan semangat utamanya. Usaha yang umumnya memberi manfaat nyata dalam pemberdayaan adalah kegiatan padat karya, sedangkan upaya penguatan ekonomi rumah tangga cenderung gagal, apalagi pemberdayaan politik. Oleh karena itu, diperlukan terobosan untuk keluar dari jeratan birokratisasi dan penyeragaman kegiatan pemberdayaan masyarakat.

Tulisan ini dimaksudkan sebagai refleksi dari berbagai upaya pemberdayaan di Indonesia, termasuk yang dilaksanakan pada masa lalu. Tulisan ini mendiskusikan beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan untuk mentransformasikan kegiatan pemberdayaan agar dapat mencapai tujuannya, yaitu masyarakat yang berdaya secara ekonomi dan berdaulat secara politik.

Program Pemberdayaan pada Masa Lampau

Pada periode awal, program pemberdayaan di Indonesia umumnya berorientasi pada keluaran (*output*), yaitu meningkatkan produktivitas, terutama di sektor pertanian. Sementara itu, “proses” belum menjadi fokus perhatian. Penyebabnya adalah bahwa berbagai program pada periode tersebut terikat pada target-target pembangunan pemerintah yang cenderung otoriter. Di antara program pemberdayaan generasi awal yang patut didiskusikan adalah Program BIMAS yang diperkenalkan pada 1963 dan kemudian dikembangkan menjadi Program INMAS.

¹ Penulis adalah mahasiswa doktoral sosiologi/antropologi, University of Western Australia.

Program ini mempromosikan pengetahuan dan teknologi baru pertanian, juga menyediakan kredit usaha tani untuk meningkatkan produktivitas pertanian dalam rangka mencapai swasembada pangan. Pada program ini, petani diharuskan menggunakan bibit, pupuk, dan pestisida yang ditetapkan pemerintah. Program ini cukup sukses dan telah mengantarkan Indonesia mencapai swasembada pangan untuk pertama kalinya pada 1983.

Pada periode selanjutnya, karakteristik program pemberdayaan tidak semata sebagai instrumen untuk mencapai target pembangunan pemerintah. Program tersebut sudah melibatkan kegiatan pemberdayaan melalui kelompok, pembentukan koperasi petani, dan pendampingan yang sistematis oleh penyuluh pertanian lapangan (PPL). Upaya yang beragam ini memungkinkan munculnya dampak-dampak lain selain pencapaian tujuan pembangunan, seperti dampak ekonomi dan sosial berupa penguatan modal sosial. Karakter pemaksaan juga sudah dikurangi. Petani tidak lagi hanya mengikuti keputusan, tetapi sudah diberi ruang untuk memilih.

Program Pembinaan Peningkatan Pendapatan Petani dan Nelayan Kecil (P4K) yang diluncurkan pada 1973 merupakan salah satu program pemberdayaan penting di Indonesia. P4K adalah program pertama yang menggunakan pendekatan pemberdayaan yang diarahkan secara khusus untuk penanggulangan kemiskinan. Program ini juga sudah memiliki beberapa komponen yang lazim ada dalam program pemberdayaan modern, seperti pendampingan, bantuan kredit modal, pembentukan kelompok, dan dukungan kegiatan ekonomi di luar sektor pertanian. Berbagai studi menunjukkan bahwa program ini juga cukup berhasil meningkatkan penghidupan petani dan nelayan.

Program lain yang juga berpengaruh adalah Inpres Desa Tertinggal (IDT) yang dibentuk melalui Instruksi Presiden No. 5/1993 tentang Peningkatan Penanggulangan Kemiskinan. Program ini mirip dengan P4K dalam hal pemberian bantuan modal dan pendampingan bagi penduduk miskin di desa tertinggal. Dengan dukungan bantuan dan pendampingan, penduduk miskin didorong untuk menjalankan usaha sesuai dengan rencana yang diajukan. Perbedaan kedua program ini adalah P4K untuk sektor pertanian, sedangkan IDT merupakan program lintas sektor. Selain itu, IDT tersinkronisasi dengan program nasional dan regional lain yang menasar daerah yang sama.

Program Pemberdayaan pada Masa Sekarang

Program pemberdayaan masa sekarang dicirikan dengan makin sentralnya peran "proses" pemberdayaan dibandingkan dengan fokus pada *output*. Pada beberapa program sebelumnya sudah ada komponen

pendampingan, tetapi tidak intensif dan tidak dirancang secara khusus untuk memberdayakan penerima program. Di antara program yang mulai memberikan perhatian khusus kepada penerima program adalah Program Pengembangan Kecamatan (PPK) dan Program Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan (P2KP). Kedua program ini kemudian diperluas menjadi program nasional, dan pada 2007 namanya diubah menjadi PNPM-Mandiri.

Orientasi PPK dan kemudian PNPM terhadap proses dianggap sebagai strategi untuk memberdayakan. Asumsinya, apabila masyarakat mengikuti proses dan tahapan yang telah dirancang, mereka akan terberdayakan. Untuk memastikan proses itu berjalan dengan baik, PNPM merekrut dan melatih ribuan sarjana untuk menjadi fasilitator atau pendamping PNPM yang daerah sarannya terus bertambah. Bisa dikatakan PNPM-lah yang membuat pekerjaan pendamping menjadi sebuah profesi bergengsi dengan gaji lumayan besar.

PNPM telah berkontribusi banyak bagi pembangunan, terutama dalam penyediaan infrastruktur skala kecil, peningkatan partisipasi masyarakat dalam pembangunan, dan penguatan penghidupan masyarakat. Namun, berbagai studi menunjukkan bahwa dampak PNPM bagi pemberdayaan masyarakat tidak terlalu signifikan. Penyebabnya adalah bahwa keikutsertaan masyarakat dalam program lebih bersifat mobilisasi dan desakan pihak lain daripada kesadaran tentang perlunya keterlibatan dalam program. Perbaikan penghidupan juga tidak banyak dialami oleh rumah tangga miskin dibandingkan dengan keluarga nonmiskin.

Setelah dilaksanakan selama hampir dua dasawarsa, pada 2015 PNPM dihentikan karena Indonesia memiliki kebijakan pemberdayaan dan pembangunan perdesaan baru, yakni UU No. 6/2014 tentang Desa. Pada dasarnya, UU Desa ini mengambil alih upaya-upaya pemberdayaan yang dilakukan melalui program Pemerintah Pusat. UU Desa pada dasarnya adalah upaya melembagakan program pemberdayaan ke dalam tata kelola pemerintahan desa. Dalam berbagai regulasi pelaksanaan yang dikeluarkan, terlihat bahwa kebijakan ini tergolong progresif dengan memberikan banyak kewenangan dan sumber daya kepada desa untuk merancang dan melaksanakan pembangunan desa masing-masing. Dampak UU ini terhadap kehidupan masyarakat desa masih perlu dikaji lebih lanjut.

Tantangan Pemberdayaan di Indonesia

Ada beberapa persoalan dengan program pemberdayaan pada periode awal. Program-program tersebut kurang menyentuh aspek pemberdayaan masyarakat. Rancangannya bersifat instrumental, yaitu lebih dominan untuk mencapai tujuan pembangunan pemerintah daripada memberdayakan masyarakat. Selain itu, nuansa

Fasilitasi pendamping dipahami hanya untuk memastikan bahwa masyarakat melaksanakan mekanisme program yang sudah ditentukan.



Dok. SMERU

otoriter cukup kuat karena masyarakat tidak diberi pilihan, dan kerap kali aparat militer dikerahkan untuk menjamin terlaksananya program. Hal lain adalah munculnya korupsi karena rancangan program tidak mengantisipasinya. Meskipun beberapa program sudah mulai memiliki fokus pada penanggulangan kemiskinan, sebagian program masih bersasaran umum. Hal ini disebabkan jumlah penduduk miskin pada masa itu yang memang besar.

Sementara itu, meskipun telah berupaya mengatasi keterbatasan program pemberdayaan pada masa sebelumnya, program pada masa sekarang masih memiliki masalah. Masalah paling besar adalah pendekatannya yang bersifat mekanis. Artinya, pemberdayaan diasumsikan sebagai sebuah tahapan mekanis yang jika dilewati satu per satu akan membuat masyarakat berdaya. Fasilitasi oleh pendamping dipahami hanya untuk memastikan bahwa masyarakat melaksanakan mekanisme program yang ditentukan. Asumsi tersebut tidak selalu benar. Masyarakat mengikuti mekanisme hanya karena ada dorongan dan insentif pembangunan. Ketika insentif tidak ada, mekanisme itu tidak berjalan. Dalam konteks ini, yang tumbuh bukan partisipasi masyarakat, melainkan mobilisasi. Bukan kesadaran kritis dan politis yang berkembang, melainkan pikiran pragmatis.

Sayangnya, masalah pemberdayaan setengah hati ini masih berlanjut pada masa UU Desa. Banyak kebijakan turunannya yang bertentangan dengan semangat pemberdayaan. Sebagai contoh, pemerintah mengatur panduan teknis yang kaku dan daftar prioritas pembangunan yang terperinci. Alih-alih memudahkan, meningkatkan kepercayaan, dan mendorong masyarakat desa untuk kreatif dan inovatif dalam melaksanakan pembangunan, kebijakan terkait pertanggungjawaban

dan pengawasan malah mendorong warga desa untuk mencari aman. Salah satu kebijakan yang perlu dikoreksi adalah pelibatan kepolisian dalam pengawasan pelaksanaan UU Desa. Kebijakan ini menempatkan pemerintah dan masyarakat desa seakan-akan tidak bisa dipercaya. Mereka diduga akan menyalahgunakan Dana Desa sehingga mereka perlu diawasi secara ketat. Akibatnya, kewenangan dan kebebasan yang diberikan UU Desa kepada masyarakat desa tidak bisa dijalankan dengan baik.

Penutup: Program Pemberdayaan Masa Mendatang

Berbicara tentang pemberdayaan pada masa depan dengan berkaca pada pengalaman program pemberdayaan yang telah dilaksanakan di Indonesia, ada beberapa hal yang perlu digarisbawahi.

1. Pemberdayaan bukan upaya instan yang hasilnya akan langsung kelihatan. Dorongan untuk segera memetik hasil membuat perancang program pemberdayaan mengambil jalan pintas dengan membuat mekanisme "cepat menghasilkan" yang berlawanan dengan tujuan pemberdayaan.
2. Kehadiran negara yang dominan telah mengaburkan esensi pemberdayaan. Di satu sisi, UU Desa sebagai platform pemberdayaan masyarakat desa merupakan capaian luar biasa karena tersedia jaminan konstitusional tentang hak-hak dan kewenangan desa. Di sisi lain, dengan adanya UU Desa, jumlah regulasi terkait desa makin banyak. Tak dapat dihindari, bersama kekuasaan negara, selalu hadir kekuatan yang mengekang dan menghambat inovasi dan transformasi.

3. Di antara isu paling umum mengenai program pemberdayaan adalah luputnya perspektif politik. Sebagian besar program pemberdayaan dirancang dalam perspektif teknis dan mekanis untuk dapat meningkatkan pendapatan dan kesejahteraan masyarakat melalui pemberdayaan ekonomi. Namun, persoalan besar lain, yaitu marginalisasi penduduk miskin dalam proses pembuatan keputusan menjadi kurang tersentuh. Kalaupun mereka diajak, usaha yang dilakukan sebatas mendorong kehadiran rumah tangga miskin dalam forum resmi pengambilan keputusan yang umumnya juga jarang terjadi. Tanpa mendorong rumah tangga miskin terlibat dalam

dinamika proses politik di desa—yaitu melibatkan mereka dalam negosiasi kepentingan dan distribusi sumber daya—akan sulit memastikan keberpihakan negara terhadap mereka.

Ketiga hal di atas adalah isu mendasar yang ditemukan dalam hampir semua program pemberdayaan di Indonesia. Ketiganya muncul karena paradigma kebijakan dan kelembagaan yang ada. Oleh karena itu, untuk mengubahnya juga diperlukan reformasi paradigma dan kelembagaan pemberdayaan. Dalam kasus UU Desa, perlu juga ditinjau ulang berbagai kebijakan yang kontraproduktif terhadap semangat pemberdayaan. ■



Publikasi SMERU



Studi Implementasi Undang-Undang No. 6 Tahun 2014 tentang Desa: Laporan Baseline

Laporan Penelitian

Muhammad Syukri, Palmira Permata Bachtiar, Asep Kurniawan, Gema Satria Mayang Sedyadi, Kartawijaya, Rendy Adriyan Diningrat, Ulfah Alifia

Editor: Mukti Mulyana



Mengefektifkan Pengawasan Desa oleh Masyarakat

Catatan Kebijakan

Rendy Adriyan Diningrat

Editor: Alia An Nadhiva



Dari MDGs ke SDGs: Memetik Pelajaran dan Menyiapkan Langkah Konkret

Buletin SMERU



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

Kertas Kerja

Julia E. Tobias, Sudarno Sumarto & Habib Moody

Editor: Liza Hadiz



Mengestimasi Dampak Ketimpangan terhadap Pertumbuhan dan Pengangguran di Indonesia

Kertas Kerja

Athia Yumna, M. Fajar Rakhmadi, M. Firman Hidayat, Sarah E. Gultom, Asep Suryahadi

Editor: Gunardi Handoko & Liza Hadiz



Ketimpangan dan Stabilitas di Indonesia yang Demokratis dan Terdesentralisasi

Kertas Kerja

Mohammad Zulfan Tadjoeddin, Athia Yumna, Sarah E. Gultom, M. Fajar Rakhmadi, M. Firman Hidayat, Asep Suryahadi

Editor: Liza Hadiz